

Univerzita Karlova v Praze

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID oboru: B5345



Bc. Josef Vondrka

Služba následná péče pro osoby s duální diagnózou jako součást léčebného kontinua.

Continuing care service for persons with dual diagnoses as a part of the continuum of treatment.

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Jakub Minařík

Praha, 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem všechny použité prameny uvedl a řádně citoval a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s uložením elektronické verze této bakalářské práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 25. 04. 2018

Bc. Josef Vondrka

.....

VONDRKA, Josef. Služba následné péče pro osoby s duální diagnózou jako součást léčebného kontinua. [*Continuing care servise for persons with dual diagnoses as a part of the continuum of treatment.*]. Praha, 2018. 59 s., 4 příl., tab 2. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce MUDr. Jakub Minařík.

Poděkování

Touto cestou bych rád poděkoval svému vedoucímu bakalářské práce MUDr. Jakubovi Minaříkovi za odborné vedení a udílené rady při zpracování této práce, za jeho trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování věnoval. Zároveň bych chtěl také poděkovat svým blízkým za jejich podporu a respondentům výzkumu. Tato práce je věnována památce primáře MUDr. Petra Jeřábka Ph.D., který byl mým důležitým odborným poradcem a významnou měrou ovlivnil můj dosavadní odborný i profesní růst.

Abstrakt

Východisko: Služba následné péče je součástí léčebného kontinua v adiktologických službách a můžeme ji označit jako službu, která pomáhá klientům léčebných zařízení k odpoutávání se od institucionální péče. V léčebném adiktologickém kontinuu je poměrně velká část klientů s duální diagnózou, která opakovaně selhává v léčbě a doléčování, kdy dochází k častým relapsům a recidivám onemocnění a následně návratům do léčebného kontinua. Kasuistická práce je zaměřena na klienty s duální diagnózou a jejich vnímání služby následné péče.

Cíl: Cílem výzkumu je zmapování vnímání služby následné péče pro osoby s duální diagnózou samotnými klienty. Dílčím cílem bylo zjištění, jaké faktory jsou vnímány klienty jako významné při jejich cestě k úzdavě v následné péči s doléčovacím programem. Dalším dílčím cílem bylo zjištění, jaké intervence lze použít ke zlepšení zdravotního stavu jednotlivých klientů.

Metodika: Teoretická část práce je zaměřena na vymezení pojmu duální diagnóza a vymezuje tak podstatnou část cílové skupiny klientů, kteří využívají služeb programu následná péče s doléčovacím programem. Zároveň je vymezena služba následná péče s doléčovacím programem a její místo v léčebném kontinuu. Byla provedena formou rešerše odborné literatury a z dat poskytnutých klienty následné péče s diagnostickým kritériem duální diagnózy.

Výzkum byl uskutečněn na základě částečně řízených rozhovorů, standardizovaných dotazníků, a komparace sestavených kazuistik, jimiž byly strukturované příběhy klientů.

Výsledky: Výsledek výzkumného šetření byl interpretován jako nejčastější názor a zkušenost klientů s duální diagnózou.

Diskuze: Výsledky nelze nikterak zobecnit a použít na celou populaci, ale jako výzkumná sonda jasně ukazuje na možnosti péče o osoby s duální diagnózou a jimi vnímané faktory směřující k vlastní samostatnosti s využitím podpory léčebného kontinua.

Závěr: Práce zmapovala vnímání potřeby následné péče v léčebném kontinuu pro osoby s duální diagnózou samotnými klienty. Byly identifikovány faktory významné pro tyto klienty v době poskytování služeb následné péče, a zároveň byly nastíněny formy podpory těmto klientům.

Klíčová slova: *duální diagnóza – léčebné kontinuum – kasuistická studie – adiktologické služby – služba následné péče.*

Abstract

Background: The aftercare service is a part of the medical continuum in addictological care, and might be defined as a service that helps clients of treatment facilities to break away from institutional care. There is a relatively large proportion of clients with a dual diagnosis in the treatment continuum who repeatedly fail in treatment and after-treatment, with frequent relapses and recurrences of the disease and then return to the treatment continuum. The casuistic work is focused on clients with dual diagnosis and their perception of aftercare services.

Objective: The aim of the research is to map the perception of addictological aftercare service for people with dual diagnosis by clients themselves. A partial goal was to find out what factors are perceived by clients to be important in their recovery pathway in aftercare with the follow-up program. Another partial goal was to find out what interventions can be used to improve the health of individual clients.

Methodology: The theoretical part of the thesis is focused on definition of the concept of dual diagnosis. Dual diagnosis represents a significant part of the target group of clients who use the aftercare services with a follow-up program. At the same time, the aftercare service itself with the follow-up program and its place in the treatment continuum is defined.

The thesis was carried out on the one hand in the form of a literature research and on the second hand it was based on data provided by clients with the diagnostic criterion of dual diagnosis.

The research was conducted on basis of semi-structured interviews, standardized questionnaires, and a comparison of compiled case reports (structured client stories).

Results: The result of the research was interpreted as the most common point of view and experience of clients with dual diagnosis.

Discussion: The results cannot be generalized and applied to the entire population but this research probe clearly shows the possibilities of care services for people with dual

diagnosis and factors they perceive as the best practice leading to their own autonomy, with the support of the therapeutic continuum.

Conclusion: The work has mapped the perception of the need for follow-up care in the treatment continuum for people with dual diagnosis by clients themselves. Factors relevant to these clients were identified at the time of provision of after-care services, and support was provided to these clients.

Keywords: *Dual diagnosis – continuum of treatment – case study –addictological care – continuing care service.*

Obsah:

I. Úvod.....	11
II. Teoretická část	12
1 Duální diagnóza	12
1.1 Definice	12
1.2 Etiologie	13
1.3 Diagnostika	14
1.4 Epidemiologie	15
1.5 Léčba	15
2 Léčebné kontinuum.....	17
2.1 Léčebné kontinuum v adiktologii.....	17
2.2 Základní typy adiktologických služeb	17
2.3 Nízkoprahové služby.....	18
2.4 Ambulantní služby	19
2.5 Pobytové služby	21
3 Služba následné péče	24
3.1 Doléčování	24
III. Praktická část	25
4 Zaměření výzkumu	25
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	25
4.2 Výzkumný soubor	26
4.3 Kazuistická studie	26
4.4 Použité metody.....	27
4.4.1 Polostrukturované interview	27
4.4.2 Analýza dokumentů	27
4.5 Etické aspekty	28

4.6	Kazuistika č. 1	29
4.6.2	Osobní anamnéza	29
4.6.3	Sociální anamnéza	29
4.6.4	Zdravotní anamnéza.....	30
4.6.5	Rodinná anamnéza	30
4.6.6	Drogová anamnéza	31
4.6.7	Psychiatrická komorbidita	31
4.6.8	Výchozí bod.....	31
4.6.9	Vývoj	32
4.6.10	Shrnutí.....	33
4.7	Kazuistika č. 2	33
4.7.2	Osobní anamnéza	33
4.7.3	Sociální anamnéza	34
4.7.4	Zdravotní anamnéza.....	34
4.7.5	Rodinná anamnéza	35
4.7.6	Drogová anamnéza	36
4.7.7	Psychiatrická komorbidita	37
4.7.8	Výchozí bod.....	37
4.7.9	Vývoj	38
4.7.10	Shrnutí.....	38
4.8	Kazuistika č. 3	39
4.8.2	Osobní anamnéza	39
4.8.3	Sociální anamnéza	39
4.8.4	Zdravotní anamnéza.....	40
4.8.5	Rodinná anamnéza	40
4.8.6	Drogová anamnéza	41

4.8.7	Psychiatrická komorbidita	41
4.8.8	Výchozí bod.....	42
4.8.9	Vývoj	42
4.8.10	Shrnutí.....	43
4.9	Vyhodnocení získaných dat	43
5	Diskuze a závěr.....	46
	Literatura.....	47
	Zkratky	
	Příloha 1: Informovaný souhlas účastníka výzkumu	
	Příloha 2: Formát rozhovoru výzkumného šetření	
	Příloha 3: Ukázka rozhovoru z výzkumného šetření	
	Příloha 4: Dotazníky DAST	

I. Úvod

Služby následné péče s doléčovacím programem jsou v dnešní době neodmyslitelnou součástí adiktologického léčebného kontinua. Prvotní zařízení vznikají v 90. letech minulého století a jsou poskytovány převážně nestátními organizacemi. Kapacita doléčovacích programů, a to ať v pobytové, nebo ambulantní formě, se dle statistik Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS) každoročně mírně navyšuje. Typickou cílovou populací těchto služeb jsou osoby abstinující s anamnézou látkové, anebo nelátkové závislosti. Přesto je několik doléčovacích programů, které nabízejí služby i osobám s chronickým duševním onemocněním.

Pojem duální diagnóza zastřešuje právě souběh několika duševních onemocnění včetně látkové a nelátkové závislosti. Jedná se tedy o významné zdravotní obtíže, a komplikace, které mohou mít určitý vztah u cílové populace k jejich úspěšnému návratu do většinové společnosti a cestě k vlastní úzdavě. Tato práce se věnuje právě těmto osobám s duální diagnózou a bere si za cíl zjistit, jak tito samotní lidé vnímají služby následné péče s doléčovacím programem. Neméně důležitým se jeví i fakt, jaká očekávání mají tito klienti od doléčovacích programů a jaké faktory považují za významné při jejich cestě k úzdavě.

Významným jádrem práce je rozbor tří kazuistik klientů pobytové služby následné péče s doléčovacím programem poskytující služby osobám s duální diagnózou. Klienti byli pro kvalitativní rozbor vybráni záměrně tak, aby co nejvíce reprezentovali cílovou skupinu. Snahou kazuistických studií a dalších výzkumných metod je zjistit, jak klienti vnímají potřebnost daných zařízení, kde se vlastně o těchto službách dozvídají a jaké motivy je vedou k tomu, aby nastupovali právě do těchto zařízení. Tato práce je pouze jakousi výzkumnou sondou do služeb následné péče poskytující služby této cílové skupině a možná i pilotní studií pro další možná výzkumná šetření v této oblasti.

II. Teoretická část

1 Duální diagnóza

1.1 Definice

V odborné literatuře můžeme nalézt nejednoznačné vymezení pojmu „duální diagnóza“ a mnohdy se setkáme i s pojmem „komorbidita“. EMCDDA (2004) definuje komorbiditu nebo duální diagnózu jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince“. Jeřábek (2008) zmiňuje duální diagnózu jako "souběh syndromu závislosti spojený s další duševní poruchou".

Fox, Drake, Mueser et al. (2010) dávají přednost pojmu „souběžně se vyskytující porucha“, to ale Miovská, Miovský a Kalina (2008) dávají do vztahu s polymorfním užíváním, kdy jedinec trpí souběžným výskytem dvou diagnostikovaných psychických poruch spojených s užíváním drog, více poruch ze skupiny F.10 až F.18 dle MKN- 10.

Autoři Miovská, Miovský a Kalina (2008), také Williams a Cohen (2000) popisují oba termíny zároveň a pojem „komorbidita“ je vnímán spíše jako obecný a vymezuje vzájemnou kooperaci symptomů nebo poruch. „Termín duální diagnóza je užíván k identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje také etiologii nemoci.“ Williams & Cohen (2000), dle zmíněných autorů je „*komorbidita*“ vhodnější termín, který lépe vystihuje danou problematiku a vymezuje tak vztah k pojmu „*duální diagnóza*“.

Jenner et al. (1998) vytvořili model duálních diagnóz ve vztahu se skupinou poruch a onemocnění. Tento model může být užitečný pro efektivní léčbu, jak dále uvádějí (Miovská, Miovský a Kalina 2008). Patří mezi ně:

- Klienti s onemocněním psychotického spektra (schizofrenie, bipolární afektivní porucha, těžká deprese atd.), kteří současně splňují diagnostická kritéria pro závislost na drogách.
- Klienti s onemocněním nenáležící do psychotického spektra, kteří splňují diagnostická kritéria pro závislost na drogách.
- Klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří splňují kritéria pro zneužívání drog.
- Klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří splňují kritéria pro zneužívání drog.

- Klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří užívají drogy rizikovým způsobem, jenž ohrožuje jejich fyzické nebo psychické zdraví.
- Klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří užívají drogy rizikovým způsobem, jenž ohrožuje jejich fyzické nebo psychické zdraví.

1.2 Etiologie

Význam etiologie komorbidit zejména ve vztahu příčiny duševního onemocnění a poruchy vyvolané užíváním návykových látek není úplně jednoznačné a vyvolává různé diskuze (EMCDDA, 2004). Přesto výzkumy naznačují, že výskyt duševních poruch se obvykle objevuje dříve než poruchy způsobené užíváním návykových látek, ale významově existuje vztah k náchylnosti k poruchám spojených se závislostním chováním (EMCDDA, 2004).

Psychopatologie komorbidit dle kategorií:

Kategorie *samoléčení* je tvořena klienty, kteří již mají preexistující psychickou poruchu a užívání návykové látky, která jim přináší psychickou úlevu, ale následně dochází k rozvoji užívání s vazbou na možný rozvoj závislosti.

Kategorie *uživatelů návykových látek* je tvořena klienty, u kterých se rozvojem závislostního chování rozvinula psychická porucha na podkladě souvisejících faktorů, a to včetně psychologických, sociálních, ale i genetických predispozicí.

Kategorie *psychopatologické příčiny* je ve vyústění psychické nemoci nebo závislosti na podkladě stresové poruchy nebo poruchy osobnosti, která mohla vzniknout i traumatizací v dětství (Kalina et al., 2015).

Nelze jednoznačně určit, která z kategorií u jedince převažuje. Jednotlivé kategorie se mohou různě překrývat (Kalina et al., 2015).

V odborné literatuře se objevuje rozdělení duálních diagnóz do čtyř kategorií, Krausz (1996) in EMCDDA (2004):

- primární diagnóza duševního onemocnění s následnou (duální) diagnózou zneužívání návykových látek, které působí nepříznivě na duševní zdraví;
- primární diagnóza závislosti na návykové látce s psychickými obtížemi vedoucími k duševnímu onemocnění;
- souběžná diagnóza zneužívání návykových látek a duševní poruchy;

- duální diagnóza zneužívání návykových látek a poruchy nálad, v obou případech plynoucí z traumatického zážitku, například z posttraumatického stresu.

1.3 Diagnostika

Diagnostika komorbidity je poměrně náročný proces, který jistě vyžaduje další ověření a diagnostická vyšetření, které je nutné provádět opakovaně, aby některé stavy a symptomy nezakrývaly odpovídající onemocnění. Diagnostické vyšetření může být ovlivněno i ze strany pacienta/ klienta, kdy se setkáváme se stigmatizací, která vyšetření kontaminuje a pro některé pacienty a klienty je přijatelnější jiná psychiatrická diagnóza než diagnóza závislosti (Miovská, Miovský a Kalina 2008).

„Komorbidní pacienti mají často mnoho duševních, fyzických a sociálních problémů, které je třeba identifikovat a diagnostikovat“ (EMCDDA, 2004).

Miovská, Miovský a Kalina (2008) zmiňují několik základních požadavků, spíše zásad pro úspěšné vedení diagnostiky s následným stanovením realistického léčebného plánu:

- "kvalitně provedené komplexní psychologické vyšetření (zaměřené na osobnost i výkonové schopnosti pacienta);
- sociální a sociálně-právní zhodnocení stavu a situace pacienta (může pomoci v získání diagnostiky validních informací o životě pacienta, míře vlivu jeho sociální a rodinné situace, na jeho problémy atd.);
- kontrolované podmínky pro vyšetření z hlediska požití návykových látek (kontrola doby abstinence atd.);
- detailní znalost anamnestických údajů, a to jak z perspektivy individuální, tak rodinné anamnézy a průběhů onemocnění/poruchy;
- seznámení s předchozí zdravotnickou dokumentací pacienta nebo s výpisy z ní (údaje případně ověřujeme s kolegy z jiných odborných zařízení);
- zajištění standardního toxikologického, biochemického vyšetření včetně celkového důkladného vyšetření tělesného stavu pacienta a dalších možných souvisejících vyšetření;
- spolupráce a ochota pacienta, bez kterého není možné údaje přesně zjistit a mít jejich přesný popis (okolnosti vzniku, průběhu apod.)."

1.4 Epidemiologie

V úvodu této kapitoly je potřeba si položit významnou otázku „zdali skutečně duálních diagnóz přibývá nebo si jich více všímáme?“. Yates a Wilson (2001) na základě svých poznatků souvisejících s terapeutickými komunitami uvádějí spíše názor, že nositelé duálních diagnóz nejsou novou klientelou, ale jsou nově vnímanou nebo rozpoznanou. EMCDDA (2004) přesto v roce 2004 uvádí nepřehledné množství údajů v souvislosti s 50 % komorbiditou. V ČR je situace dle předních odborníků také významná, lze to již dokladovat na prvních výzkumných zjištěních. Kalina a Vácha (2013) uvádějí ve svém výzkumném zjištění z roku 2012, že výskyt komorbidit u klientů terapeutických komunit dosahuje 47 %. V oblasti psychiatrické péče uvádí Jeřábek (2008) situaci jako vážnou a deklaruje to tvrzením, že výskyt nekomorbidních stavů je spíše raritou. Obecně mezi odbornou veřejností panuje názor, že se v posledním desetiletí výrazně zhoršuje duševní stav jak klientů v léčbě, tak i problémových uživatelů drog (Kalina & Vácha, 2013).

Tab. 1 Nejčastější psychické poruchy u drogově závislých (Zdroj: Tims et al., /1997/ in Miovská et al. 2008)

Diagnostická skupina	Četnost* (% klientů)
Organické mozkové syndromy	3
Schizofrenní poruchy	3
Obsedantně kompulzivní poruchy	6
Gambling	6
Zneužívání léků	13
Anorexie a bulimie	15
Fobie	28
Afektivní poruchy (zejm. deprese různého stupně)	29
Generalizovaná úzkost	34
Zneužívání alkoholu	39
Psychosexuální dysfunkce	40
Poruchy osobnosti	44

* Poruchy se mohou kumulovat, proto je součet vyšší než 100 %

1.5 Léčba

Tato kapitola nemůže obsáhnout hlavní poznatky v léčbě duálních diagnóz, ale může nastínit alespoň klíčové prvky v přístupu k této klientele. Současná léčba spíše vychází z tradičního pojetí léčby závislostí, i když značná část jedinců má se závislostí související

psychické problémy, kdy standardní léčebný program nemusí být dostatečně výhodný pro cílovou populaci v souvislosti s terapeutickými komunitami (Kalina, 2008). Faktem zůstává, že duální diagnóza snižuje schopnost efektivního zapojení do léčby včetně jejího úspěšného dokončení, a to zejména na podkladě rizikových situací, motivačních krizí a interpersonálních konfliktů. Velké nároky jsou tak kladeny nejen na skupinu klientů v terapeutickém programu, ale také na personál, který musí nejen zvládat celé spektrum psychiatrických komorbidit, ale také musí řešit komplikace spojené se závislostí. To vše je v kontextu léčebného kontinua vnímáno v jednotlivých složkách péče jako pole nepropojené, a spíše to vytváří neochotu se zmíněnou cílovou skupinou duálních diagnóz pracovat (Kalina et al., 2015).

Nešpor (2003) zmiňuje nutnost léčby jak návykové poruchy, tak poruchy duševní a uvádí několik možných variant:

- Léčba následná

Nejprve v jednom zařízení, obvykle jde o návykový problém. Pak následně v jiném zařízení duševní poruchu (závislostní problém je většinou dle autora naléhavější a vyžaduje nejen psychoterapii ale i farmakoterapii).

- Léčba souběžná

Současně probíhá v zařízení pro léčbu návykových problémů, ale zároveň v jiném specializovaném psychiatrickém zařízení.

- Léčba integrovaná

Je výhodná pro práci v jednom zařízení, kde je zajištěna jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy současně a považuje tento model jako výhodnější pro cílovou skupinu duálních diagnóz.

Kalina (2003) upozorňuje na fakt, že integrovaný systém léčby je ekonomičtější, ale hlavně přináší klientům větší prospěch zejména v nenásilném propojení obou léčeb. To samozřejmě výrazně podporuje klienty v tom, aby se udrželi v léčbě s dopadem na účinné léčebné faktory. Kalina a Minařík (2013) zmiňují léčbu s dvojím ohniskem, kdy zohledňují potřeby pacientů, na které právě dobře reaguje zmíněná léčba. Nešpor (2003) uvádí k principu léčby s dvojím ohniskem, že je využívána v integrované léčbě se zaměřením na léčbu obou psychiatrických poruch, a to závislosti a duševní poruchy.

2 Léčebné kontinuum

2.1 Léčebné kontinuum v adiktologii

Kapitola léčebné kontinuum je zařazena do této práce zejména proto, že dochází k budování a rozšiřování sítě specializovaných adiktologických služeb. Jedná se o proces dlouhodobý a vycházející z aktuálních potřeb cílové populace. Dalším faktorem je pojmání této sítě, dle prim. MUDr. Petr Jeřábek Ph.D. je definováno následujícím způsobem.

Slovem kontinuum rozumíme souvislý, navazující a uspořádaný proces. V tomto případě se jedná o léčebný proces v adiktologických službách navazující chod nízkoprahových intervencí až po poskytování následné péče.

V České republice je dnes vybudován již relativně ucelený systém péče. Dle Béma (2003) by měl splňovat řadu kvalitativních kritérií (např. komplexnost, efektivita, provázanost) a kvantitativních kritérií (rozsah a dostupnost péče).

Jeřábek (2008) uvádí léčebné kontinuum v adiktologii jako organizaci léčby, která má svůj systém a pod něj spadají jednotlivé složky a léčebné metody.

„Objednávka a potřeby klienta vyžadují terapeutickou práci již od začátku kontaktu s odbornými službami, a současně bývá nezbytné propojení intervencí napříč různými odbornými službami (poradenství, edukace, detox, léčba komplikací, somatická léčba, farmakoterapie, terapeutická komunita, komplexní doléčovací centrum, následná krizová a opakovací léčba)“ (Jeřábek, 2015).

2.2 Základní typy adiktologických služeb

Speciální standardy odborné způsobilosti (2015) definují a popisují služby i programy v České republice podle cílové skupiny a poskytované odborné péče. Typy služeb odborné léčebné péče jsou členěny takto:

1. Detoxifikace
2. Terénní programy
3. Kontaktní a poradenské služby
4. Ambulantní léčba
5. Ambulantní stacionární péče
6. Krátkodobá a střednědobá lůžková péče

7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách
8. Doléčovací programy
9. Substituční léčba
10. Adiktologické služby ve vězení

2.3 Nízkoprahové služby

- Časná nízkoprahová intervence

Časná nízkoprahová intervence je na počátku kontaktu s jedincem v začátku jeho užívání nebo kontaktu s odbornými službami. Jedním z hlavních principů nízkoprahových služeb je zajištění anonymity klientů, čímž je potlačen pocit stigmatizace z využívání těchto programů (Kalina a kol., 2003). Záměrem je nabídnout službu v co nejkratším čase a s co nejširším spektrem služeb. Jedná se o časnou intervenci v nízkoprahových službách, spojenou s pojmem Harm Reduction (HR). Z pohledu adiktologie se jedná o soubor praktických strategií, které se zaměřují na bezpečné užívání návykových látek až po intervence vedoucí k abstinenci.

- Kontaktní a poradenská centra

Hlavní zásadou je nízkoprahovost, tedy, anonymní přístup kdykoliv a bez omezení. Cílem je oslovit co největší počet osob. Klienty jsou aktivní uživatelé návykových látek, u kterých je v nejbližší době abstinence nereálná. Tuto nízkoprahovou službu nazýváme též jako služby harm reduction (snížení zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů na člověka způsobené užíváním návykových látek).

Služby poskytované v kontaktních centrech jsou dle Kudrleho a Kaliny (2001) následující:

- *kontaktní práce*, zde dochází k navázání kontaktu s klientem a budování vzájemných vztahů,
- *výměnný program*, při kterém dochází k výměně injekčních setů a distribuci potřebných prostředků,
- *základní zdravotní péče*, zde můžeme zařadit testování na HIV virus a hepatitidy,
- *poradenství* ve zdravotních a sociálních aspektech s důrazem na koncept harm reduction,
- *Individuální poradenství a motivační rozhovory*
- *sociální práce*, která zahrnuje komunikaci s úřady, soudy či policií. Nabízená je klientovi i pomoc při hledání zaměstnání, ubytování nebo kontakt s rodinou.

- *Doplňkové služby*, například hygienický či potravinový servis.

Pracovníci musí mít komunikační schopnosti. Musí umět navázat důvěru a kontakt s klientem, musí mít schopnost vedení motivačního rozhovoru, schopnost edukace k bezpečnějšímu užívání, základní znalost psychiatrické komorbidity apod. Tyto služby mohou navazovat na další zdravotnické či sociální služby.

- Terénní programy

Terénní programy jsou stejně jako nízkoprahová kontaktní centra určena problémovým uživatelům návykových látek s nízkou motivací ke změně chování. Jsou specifické tím, že práce se vykonává v přirozeném prostředí klientů. Jedná se např. o poskytnutí služby přímo na ulici nebo v obydlí klienta, kde se pracovníci snaží oslovit skrytou populaci uživatelů návykových látek, nabízí jim své služby a budují důvěru v samotný program (Kalina a kol., 2003). Tyto programy jsou pro většinu z nich prvním kontaktem s adiktologickými službami. Hlavním cílem terénních programů je mimo kontaktování skryté populace též učit uživatele návykových látek bezpečnějšímu užívání, a tím snižovat výskyt HIV positivity a hepatitid či předcházet případům předávkování a páchaní trestné činnosti (Kalina a kol., 2003).

Služby terénních programů zahrnují především výměnu injekčního materiálu, informační servis, sociální a zdravotní poradenství, krizovou intervenci a asistenční službu.

2.4 Ambulantní služby

Ambulantní služby jsou prováděny v zařízeních zdravotnického i nezdravotnického charakteru, především v takzvaných AT ambulancích. Hampl (2003) uvádí, tyto služby jsou určeny klientům, kteří jsou závislí na návykových látkách, i klientům, kteří s návykovými látkami pouze experimentují nebo jsou příležitostnými uživateli. Klienty ambulantní služby mohou tvořit lidé motivovaní ke změně svého závislostního chování, ale i lidé s nízkou motivací. Jedná se také o klienty, kteří navštěvují ambulanci na přání rodiny i klienty, kterým byla léčba nařízena soudem (Hampl, 2003). Ambulantní služba je vhodnější pro klienty s nižším potenciálem pro relaps, s neškodícím sociálním prostředím a vyšší mírou sebekontroly (Kalina a kol., 2001). Dílčím cílem může být stabilizace psychického, somatického nebo sociálního stavu, příprava na léčbu do rezidenčního zařízení, snížení frekvence užívání apod.

Terapeutický program se dle Riesela (2015) skládá především z psychoterapie, jehož hlavní složkou je individuální psychoterapie. Terapeut se snaží vést klienta ke změně závislostního chování a usiluje o převzetí odpovědnosti za svůj současný stav. Součástí psychoterapie je i práce s rodinnými příslušníky, či partnery klientů. Další klíčovou metodou je skupinová terapie, která dle Popova (2003) umožňuje klientovi ujistit se v rozhodnutí léčit svou závislost a začít realizovat své cíle. Dále je zde zastoupena socioterapie, která klientovi umožňuje znovu se začlenit do společnosti (Hampl, 2003).

Kromě terapeutické péče je poskytována také lékařská péče, např. základní klinické vyšetření, sestavení potřebných anamnéz a různá laboratorní vyšetření, což tvoří komplexní poskytování služby v léčbě závislostí a přispívá tak k její efektivitě (Pringle, Edmondson, Holland et al., 2002).

- Ambulantní stacionární péče

Ambulantní stacionární péče naplňuje požadavky ambulantní služby, liší se pouze požadavkem o strukturované programy nočních a odpoledních stacionářů.

- Denní stacionář

V denním stacionáři se jedná o denní, nelůžkovou péči o klienty, která je poskytována ve všední dny. Klienti zůstávají ve svém přirozeném prostředí. Denní stacionář je vhodný pro klienty, kteří mají relativně stabilní sociální zázemí a jsou dostatečně motivovaní ke změně životního stylu. (Kalina a kol., 2001). Program stacionární léčby je určen i pro pacienty s duální diagnózou.

Dle Kaliny (2001), by takto strukturovaný program měl probíhat minimálně čtyři hodiny denně, a to po dobu pěti dní v týdnu. Nezbytnou součástí programu též uvádí i práci s rodinou a prevenci relapsu. Programy denních stacionářů se většinou řadí mezi střednědobou léčbu, od tří do šesti měsíců. Využívá prvky komunitní léčby (časový rozvrh, dodržování pravidel, sankce apod.), (Kalina, 2003).

Hlavním cílem denních stacionářů je nejen dosažení a udržení abstinence, ale také získání dovedností do každodenního života, podpora v osobnostním zrání jedince (Kalina, 2003).

- Substituční léčba

Substituční léčba je jednou z klíčových složek systému léčebné péče poskytované klientům s adiktologickou anamnézou, převážně klientům závislých na látkách opioidního typu (EMCDDA, 2013). Při této léčbě dochází k nahrazení užívané látky látkou jinou, množství a druh léku je stanoven příslušným lékařem (Popov, 2003). Léčba substituční

látkou má vliv na zlepšení kvality života závislých klientů, např. zlepšení psychického, zdravotního stavu a socioekonomické situace (Pavlovská, Minařík, 2015). V některých případech lze nazývat substituční léčbu jako službu harm reduction (Farrell, Howes, Verster et al., 2000). Substituční léčba bývá doprovázena psychoterapií, individuálním poradenstvím i sociální prací. Délka substituční léčby může být neurčitá, jelikož trvá od několika týdnů až do několika let (Kalina a kol., 2001).

2.5 Pobytové služby

- Detoxifikace

Detoxifikaci nebo také proces zvládání odvykacího stavu ve většině případů probíhá hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Detoxifikaci lze absolvovat také ambulantní formou, která musí probíhat pod odborným dohledem zdravotního personálu (Kalina a kol., 2015). Dle závažnosti stavu a druhu užívané látky se odvíjí doba, kterou detoxifikace vyžaduje (Nešpor, 2003).

Na detoxifikaci se kromě farmakologie využívá i psychoterapie, která se především věnuje práci s motivací (Nešpor, 2011). Sociální práce v tomto léčebném programu má také své nezastupitelné místo. Sociální pracovník pomáhá klientovi při výběru a zprostředkování další léčby, dále pomoc s právními nebo pracovními záležitostmi, jednání s úřady a podobnými záležitostmi (Nešpor, 2003).

- Krátkodobá a střednědobá lůžková péče

Krátkodobá léčba je považována za léčbu úvodní, počáteční. Lze ji nazvat léčbou ústavní, která nepřesahuje délku tří měsíců. Ve většině případů se jedná o léčbu v délce čtyř až osmi týdnů. Léčebný program je strukturovaný, zaměřuje se spíše na léčebné aktivity, které odsouvají do pozadí aktivity rehabilitační a resocializační. Tato léčba je vhodná pro klienty, kteří jsou motivováni k léčbě nebo ohroženi relapsem. Dále je vhodná pro klienty, kteří trpí kromě závislostního chování jinou osobnostní poruchou či somatickým onemocněním. Poté je následována jiným programem střednědobé či dlouhodobé péče. (Kalina a kol., 2001).

Střednědobá léčba trvá od tří do šesti měsíců. Typická střednědobá ústavní péče je poskytována ve zdravotnickém zařízení. Zdravotnické zařízení zajišťuje klientům nejen možnost léčby závislostního chování, ale také léčbu psychického a somatického onemocnění, které mohlo být vyvoláno užíváním návykové látky. Za střednědobou léčbu

lze označit i program v terapeutických komunitách, který trvá od šesti do osmi měsíců (Kalina a kol., 2001).

Cílem střednědobé ústavní léčby patří kromě abstinence například převzetí zodpovědnosti za své chování, uznání závislosti jako svého problému, řešení důsledků svého problému, utvrzení se v motivaci abstinovat, pravidelnost strukturovaného dne, budování sebedůvěry a práce s rizikem relapsu (Dvořáček, 2003).

Psychoterapeutické skupiny a komunitní setkání jsou základními aktivitami těchto programů. Skupinové terapie jsou dle Popova (2003) klíčovou složkou v léčbě závislostního chování. Účinné skupinové psychoterapii předchází individuální práce s klienty, která je na skupiny řádně připravuje a motivuje (Miovský, Bartošíková, 2003). Nutnou součástí skupinových terapií jsou různé formy práce s partnery a rodinnými příslušníky (Kalina a kol., 2001). Dalšími aktivitami jsou pracovní terapie, které podporují zodpovědné chování. Důležité jsou volnočasové aktivity, které klientům přinášejí nejen odpočinek, ale také příležitost pro sociální interakce (Kalina a kol., 2015).

- Rezidenční péče v terapeutických komunitách

Jde o strukturovaný program střednědobé či dlouhodobé pobytové léčby ve zdravotnických a/nebo nezdravotnických zařízeních, která jsou zaměřena nejen na léčbu závislosti jako takové, ale je zde také kladen důraz na sociální rehabilitaci. Léčba je poskytována v rozmezí od šesti do osmnácti měsíců (Kalina a kol., 2003).

Terapeutická komunita nabízí strukturované, bezpečné prostředí pro učení, růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly, řádem a sankcemi.

Hlavním z cílů programu je vytvořit pro klienty podmínky pro osobní rozvoj, tím zajistit trvalou změnu životního stylu. Klienti zde pomalu přecházejí z terapie do běžného života a tím se učí zvládat různé situace bez drog (Kalina, 2008). Ve skupině klientů se práva a povinnosti odvíjí od fáze léčby, ve které se odlišují různou mírou odpovědnosti a pravomocí v komunitní správě. Léčebný proces je většinou rozdělen do čtyř fází, z nichž každá fáze představuje postup klienta v léčbě. Jednotlivé fáze se liší mírou práv a povinností (Adameček, Radimecký, 2015).

Programy terapeutických komunit využívají skupinu klientů k dosažení stanovených cílů (De Leon, 2000). Terapeutický potenciál je ve stálém napětí mezi realitou a terapií (Kalina a kol., 2001). Základními nástroji terapeutického procesu jsou skupinová, komunitní a individuální terapie, farmakoterapie, edukace, sociální práce, rodinná terapie,

pracovní terapie, volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity (Adameček, Radimecký, 2015).

- Adiktologické služby ve vězení

Programy zaměřující se na uživatele návykových látek ve vězení jsou ve srovnání s ostatními drogovými službami méně dostupné. Důvodem je omezená a nízká kapacita programů. Léčebné programy pro uživatele návykových látek ve výkonu trestu je prováděny pouze na některých specializovaných odděleních věznic. Odborná péče je zajišťována nejen zaměstnanci vězeňské služby, ale podílejí se i externisti, kteří v klientech podporují pocit větší důvěry (Jargus, 2003).

Adiktologické služby ve věznicích jsou zaměřeny především na prevenci recidivy závislostního chování a s tím spojené kriminální činnosti. Do této služby můžeme zařadit programy ve vazebních věznicích, ve výkonu trestu a programy po výstupu z vězení (Libra, 2015). V některých věznicích je jedním z léčebných programů metadonová substituce, informační, poradenské nebo terapeutické služby.

Na specializovaných odděleních, které obsahují terapeutický program, se můžeme setkat s různými modely nabízené péče. Například různé druhy skupinové terapie, individuální poradenství, krizovou intervenci, prevenci relapsu, vzdělávací programy či motivační tréninky (Jargus, 2003).

- Služba následné péče s doléčovacím programem

Blíže v kapitole č. 3.

3 Služba následné péče

3.1 Doléčování

V neposlední řadě musíme uvést následnou péči (doléčování), která je nezbytná pro udržení léčebného efektu. Provází klienta prvními nejrizikovějšími měsíci po skončení léčby, snižuje riziko relapsu a trvalého návratu k životu s drogou, a usnadňuje sociální integraci. Bez následné péče se může i účinek dlouhé, náročné a nákladné léčby zcela ztratit. Tyto služby se zaměřují na přípravu klienta s návratem do společnosti, na podporu v udržení abstinence a předcházení relapsu, v neposlední řadě na podporu v oblasti bydlení a zaměstnání (Kuda, 2001).

Smyslem následné péče je dle Kaliny (2001) udržení změny chování získané v předcházejících léčbách. Následnou péči tvoří intenzivní a strukturované programy ambulantního doléčování, chráněné bydlení a programy zaměřené na navrácení klienta do pracovního procesu (Libra, 2015). Pokud budeme vycházet z kruhového modelu změny chování, budeme následnou péči považovat za poslední fázi procesu týkající se udržení změny chování (Marlatt, Barrett, 1994). Cílem služeb následné péče je udržet změnu chování dosaženého v léčbě a stabilizovat klienta v prostředí běžného života.

Poskytování sociální služby následná péče vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., § 64. Dále zákon podle § 35 ukládá povinnost zajištění základních činností při poskytování sociálních služeb.

III. Praktická část

V praktické části bude představena výzkumná část bakalářské práce včetně metodologických a etických aspektů.

4 Zaměření výzkumu

Výzkumná část práce je rozdělena do několika částí. Jednotlivé části popisují cíle výzkumu a výzkumné otázky, výzkumný soubor, a etické aspekty. Zároveň popisují použité metody sběru dat, včetně zpracování a analýzy získaných dat. Závěrečná část se věnuje interpretaci získaných dat. Hlavním cílem této části je představit tři účastníky výzkumného šetření, kteří splnili podmínky této kazuistické studie.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit, jak klienti s duální diagnózou vnímají služby následné péče s doléčovacím programem. Neméně důležitým se jeví fakt, jaké očekávání mají tito klienti od doléčovacích programů a jaké faktory považují za významné při jejich cestě k uzdravě.

Výzkumné otázky:

Jaké zkušenosti mají respondenti se službami následné péče?

Jaké faktory vnímají respondenti jako podpůrné na jejich cestě k uzdravě?

Jaké intervence je vhodné použít k možnosti zlepšení zdravotního stavu klientů jednotlivých případových studií?

Tato práce si bere za cíl upozornit na problematiku duálních diagnóz a psychiatrických komorbidit ve službách následné péče, které jsou součástí léčebného kontinua za přispění názorů a postojů klientů s duální diagnózou. Významné je vnímání jejich onemocnění v průběhu poskytované pobytové služby, včetně možností zlepšení jejich zdravotního stavu a úspěšné zařazení do většinové společnosti.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření proběhlo v pobytové službě následné péče s doléčovacím programem, kde podle Registru poskytovatele sociální služby (iregistr.mpsv.cz) je povolena i registrace péče o osoby s chronickým duševním onemocněním, včetně léčby závislosti na návykových látkách. Zařízení je držitelem certifikátu kvality udělovaným Úřadem Vlády na čtyři roky. Kapacita v době výzkumného šetření byla 22 lůžek a byla plně obsazena. Počet klientů v době výzkumu byl 22 mužů, v době výzkumného šetření nevyužívala žádná žena služby následné péče s doléčovacím programem. Diagnostikovanou duální diagnózou v době výzkumného šetření měli čtyři klienti.

Výběrový soubor tvoří klienti, kteří byli osloveni na základě zadání této bakalářské práce „Služba následné péče pro osoby s duální diagnózou jako součást léčebného kontinua“.

Záměrný výběr je metoda, která patří k nejužívanější právě ve kvalitativním výzkumu. Za účelový nebo záměrný výběr respondentů je označován postup, který cíleně vybírá účastníky výzkumu dle jejich určitých vlastností (Miovský, 2006).

Podmínkou účasti ve výzkumném šetření bylo, aby účastníci výzkumu byli uživatelé pobytové služby následné péče s doléčovacím programem, měli stanovenou duální diagnózu závislosti na návykové látce a duševní onemocnění. Kritéria splnili čtyři klienti, s účastí ve výzkumném šetření souhlasili tři klienti, kteří tvoří výběrový soubor této práce.

4.3 Kazuistická studie

Miovský (2006: 94) „Základním a jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu je případová studie“.

Miovský (2006) dále uvádí, že se jedná o podrobné zkoumání jedné nebo více osob, které je zaměřeno na různé oblasti života a snažíme se v souladu s výzkumnou otázkou a cíli výzkumu sestavit obraz daného případu v co nejširších souvislostech.

Výběr tohoto typu výzkumu byl ovlivněn i možností přístupu ke studovaným materiálům a k samotným respondentům.

Hendl (2005: 102) přirovnává případovou studii k mikroskopu „její hodnota závisí na tom, jak dobře je zaostřena.“

Na základě jednotlivých kazuistik jsem se zaměřil na zachycení případu a popisu jeho celistvosti v rámci daného výzkumného šetření.

4.4 Použité metody

Hendl (2006) řadí pozorování, studium dokumentů a dotazování k základním metodám kvalitativního výzkumu. Vzhledem k druhu a zaměření práce jsem záměrně zvolil pro získávání dat techniku **rozhovoru a analýzy dokumentů**. Na základě získaných dat byly sestaveny jednotlivé kazuistiky účastníků výzkumu.

4.4.1 Polostrukturované interview

Technika sběru dat, která je nejvíce využívána v kvalitativním výzkumu je rozhovor moderovaný nebo také polostrukturované interview (Hendl, 2006). Ve vztahu k cílové skupině jsem považoval tuto techniku jako významnou, zejména jako další zdroj dat a možnost získat bližší upřesnění vnímání služby následné péče a vlastního vnímání důležitých faktorů samotnými klienty směřujících k vlastní úzdavě. V prvotní fázi byli klienti seznámeni s obsahem výzkumu a byl jim předán dokument informovaný souhlas účastníka výzkumu, který je součástí této práce jako příloha č. 1.

Na základě předem stanovené a opakovatelné formy rozhovoru byl sestaven formát rozhovoru výzkumného šetření, který je součástí této práce jako příloha č. 2.

Částečný přepis rozhovoru je přiložen jako příloha číslo 3. Ukázka rozhovoru z výzkumného šetření obsahuje otázky a odpovědi jako ilustraci doptávání se k získání výzkumných zjištění. Rozhovor byl nahrán na diktafon tak, aby došlo k fixování dat pro další práci s daty. Pozorování respondenta, se sestávalo ze status preasens psychicus (SPP) a somaticus (SPS) popisuje klientův stav při rozhovoru a základní somatické parametry (Orel, 2012).

Poté následovala prvotní úprava dat k další analýze. Nejprve byla provedena transkripce upravená redukcí prvního řádu, čímž byl text zbaven irelevantních pojmů (Miovský, 2006).

4.4.2 Analýza dokumentů

Zdrojem dat pro následnou analýzu získaných informací byla dokumentace jednotlivých respondentů, která je v daném zařízení vedena. Dokumentace je tvořena žádostí o přijetí do programu, životopisem, vstupním dotazníkem, smlouvou o poskytované službě, a individuálním kontraktem. Tvorba dokumentace vychází ze standardů kvality Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a také ze zákona 108/2006Sb. Zákon o sociálních službách. Analýza dokumentů byla důležitá zejména pro sestavení jednotlivých kazuistik účastníků výzkumu. Dále byl použit dotazník DAST a vyhodnocení na škále CMRS

(Kalina, 2008). Pro analýzu kvalitativních dat jsem využil kombinaci několik metod. Někteří autoři (Miles & Huberman, 1994; Corbin & Strauss, 1999; Miovský, 2006) považují již fázi zpracovávání dat za součást samotné analýzy. Data byla zpracována metodou zachycující vzorce, která byla vyhledávána na základě opakujících se témat či vzorce chování (Miovský, 2006). Omezení metody je vnímáno zejména v oblasti počtu účastníků.

4.5 Etické aspekty

Účastník výzkumu „respondent“ souhlasil se zpracováním kazuistiky a je si vědom, že údaje, které poskytl, budou použity pouze ke studijním účelům. S každým respondentem byl uzavřen písemný „Informovaný souhlas účastníka výzkumu“ a je součástí této práce jako příloha číslo 1.

Při rozhovoru s respondenty a při zpracování případové práce jsem dbal na etické zásady a principy. V práci je zcela zajištěna anonymita klienta. Informace, které by vedly k odhalení jeho identity, byly změněny, posunuty v čase, nejsou zde uváděna pravá jména, žádné konkrétní názvy institucí, měst atd.

Materiál pro zpracování této práce jsem měl k dispozici se souhlasem respondenta, kde je uváděno smyšlené označení nebo pojmy „klient“ anebo „pacient“.

Při rozhovoru jsem se snažil postupovat tak, aby nedošlo k rozrušení či poškození klienta. Rozhovor proběhl pro něho v bezpečném a známém prostředí. Zodpověděl jsem klientovi otázky, které ho ohledně práce zajímaly.

Rozhovor jsem nahrával na audiozáznam a poté dělal přepis, oboje jsem po dokončení práce smazal. Finální podobu práce jsem dal přečíst klientovi, ten s jejím použitím souhlasil.

Klíčový pracovník (garant) i ostatní pracovníci zařízení byli seznámeni s podrobnostmi o tvorbě kazuistiky a souhlasili s jejím vypracováním.

4.6 Kazuistika č. 1

4.6.2 Osobní anamnéza

Klient, 31 let, narozen ve středně velkém okresním městě v severní části České republiky. Momentálně se nachází na Službě následné péče, pobytová forma pro osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. V současnosti má duální zdravotní podporu v podobě lékaře psychiatra, vedle poskytované sociální služby. Psychiatr má vlastní samostatnou ambulanci. Medikace a zdravotní péče je provozována odděleně, přesto v kontextu zájmů klienta/ pacienta. Svobodný, bezdětný, bez partnerského vztahu. Nezpůsobilý k právním úkonům, má soudem stanoveného veřejného opatrovníka, kterým je město v severní části republiky. Klientovi byla diagnostikována paranoidní schizofrenie s následnou invaliditou III. stupně, pobírá invalidní důchod III. stupně. Klient má zároveň diagnostikovanou závislost a splňuje tak rámec výběrového souboru.

4.6.3 Sociální anamnéza

Vzdělání

Klient vychodil základní školu s problémy. Dále studoval učňovský obor, který nedodělal. Nejvyšší vzdělání má základní. Nepřemýšlí, že by si vzdělání doplnil. Nevěří si a nemá na tato léta hezké vzpomínky. Byl šikanovaný v důsledku brzkých psychických stavů na podkladě duševního onemocnění. Nebyl spolužáký přijímán.

Záliby

Dříve se věnoval tanci, chtěl by se k němu vrátit. Baví ho jízda na kole, věnuje se cvičení, chce začít chodit do posilovny.

Pracovní anamnéza

Klient nikdy nepracoval na HPP. Pobírá invalidní důchod III. stupně. Sam nemůže podepisovat pracovní smlouvy, vše se řeší přes jeho opatrovníka.

Finanční situace

V současné době pobírá invalidní důchod III. stupně. Nepobírá žádné sociální dávky. Nemůže nakládat s finančními prostředky, vše se odehrává přes klientova opatrovníka.

Bydlení

Momentálně se nachází ve službě následné péče, pobytová forma. Vlastní bydlení nemá, trvalý pobyt má hlášený na městském úřadě v jeho trvalém bydlišti.

Právní anamnéza

V roce 2017 dostal klient první podmínku, nyní probíhají nová šetření a znalecké posudky ohledně jeho zdravotního stavu, zda byl či nebyl v době spáchání trestného činu příčetný. Vše je spojeno s drogovou minulostí.

V roce 2010 dala jeho matka podnět ke změně omezení svéprávnosti, kdy soud ji vyšel vstříc a jako opatrovníka určil pracovníka v okresním městě v severní části České republiky.

4.6.4 Zdravotní anamnéza

Klient neudává žádné zdravotní omezení, v dětství prožil běžné dětské nemoci. Od roku 2017 využívá sociální pobytovou službu následné péče a nachází se v II. fázi programu. Byl chtěným dítětem. Nález duševního onemocnění schizofrenie je v rodině významný, je patrný v přímé linii s matkou, a také je onemocnění diagnostikováno dalším osobám příbuzenského spektra.

Test na VHC i VHB byl naposledy proveden v psychiatrické nemocnici, kde pobýval s výsledkem pozitivním na oba viry. Pravidelně dojíždí na infekční oddělení do nemocnice, kde mu test na VHC vyšel negativně, stejně tak i test na VHB. Budou probíhat další testy, poté se uvidí. Nikdy se neléčil na tato onemocnění.

Psychiatrická anamnéza

První kontakt s psychiatrií, který zcela souvisí s psychiatrickým onemocněním, zažívá klient okolo svých 14 let, kdy je převezen s psychickými obtížemi na lůžkové zařízení ústavní léčby. V dospívání byl s duševními problémy hospitalizován dvakrát. V 18 letech začíná užívat pervitin a THC. Po užití návykové látky se stav zlepší, aby se objevily při vystřízlivění daleko horší psychotické stavy. Přesto užití pervitinu a THC považuje jako úlevu.

Bez suicidia, neměl suicidiální pokusy.

Užívá medikaci: Rivotril 0,5 mg tbl 1-0-0, II, Kventiax pro long 300mg tbl 0-0-1, II.

4.6.5 Rodinná anamnéza

Charakteristika rodinného prostředí

Klient se v roce 1987 narodil do neúplné rodiny jako druhé dítě, má starší sestru. Na dětství nevzpomíná moc šťastně. Pamatuje si, že s mámou žili sami, než si našla přítele, po nějaké době se vzali a přestěhovali se. Zde začínají první útoky z domova, kouření trávy. Pamatuje si, že jej máma poslala na dva měsíce do výchovného ústavu „past’áku“, kde jej poté pustili zpět k „nevlastnímu tátovi a mamce“. V té době mu bylo 15 let.

Útěky pokračovaly, nebyl spokojený se svým životem, kouřil trávu a opět se ocitl v ústavní výchově, kde před propuštěním byl hospitalizován v psychiatrické léčebně pro zhoršení jeho psychického stavu. Zde absolvoval elektrokonvulzivní léčbu, poté mu byla diagnostikována paranoidní schizofrenie. Z tohoto důvodu pobírá invalidní důchod III. stupně. Tyto pobyty se střídaly. Ústavní výchova nebo pobyt v psychiatrické léčebně.

V té době již rodina bydlela ve městě u dědečka, kde toto období klient cítí jako hezké. V 18 letech s kamarády zkusil pervitin i.v. a podle jeho slov „to vše teprve začalo“. Začal si brát půjčky, v několika případech spáchal trestný čin krádeže. V té době požádala jeho máma o omezení svéprávnosti, kdy soud ji vyšel vstříc a jako opatrovníka určil Statutární město v severní části České republiky.

4.6.6 Drogová anamnéza

Klient začal kouřit marihuanu ve svých 14 letech. Pravidelně ji kouřil do 18 let. V 18 letech mu kamarádi nabídli pervitin, který užíval i.v. Po užívání THC a pervitinu se cítí lépe. Užívá převážně vyšší dávky pervitinu okolo 400 Kč. Jeho duševní stav se ale výrazně zhoršuje, opakovaně je hospitalizován a dochází k nasazení elektrokonvulzivní terapie. Léčen v terapeutické komunitě se specializací pro osoby s duální diagnózou, léčbu však nedokončil. Následně po relapsu a krátkodobém užívání hospitalizován v psychiatrické nemocnici a nastoupil do doléčování, kde je od listopadu 2017 doposud. Během rozhovoru vyplívá, že nemá vyjasněný vztah k alkoholu, „těší se, že si občas jedno pivo dá“.

4.6.7 Psychiatrická komorbidita

V 15 letech diagnostikována paranoidní schizofrenie F 20.0 v péči lékaře doposud. V 18 letech diagnostikována F 15.2 na podkladě zneužívání pervitinu. Hospitalizace na psychiatrii s duševním onemocněním opakovaně. Opět dochází ke zhoršení stavu na podkladě užívání návykových látek, nasazena elektrokonvulzivní terapie. Léčebná hospitalizace v souvislosti s užíváním návykových látek opakovaně. V doléčování je poprvé.

4.6.8 Výchozí bod

S klientem jsem se setkal na pobytové službě následná péče s doléčovacím programem, kde se nachází 5. měsíc. Byl angažovaný, orientovaný, neměl depresivní nálady ani úzkostné stavy. Mluvil o svém příběhu spíše automaticky. Byla patrná četnost opakování na dotazy spojené z užíváním návykových látek a duševního onemocnění. Zaujetí bylo patrné v momentě, kdy

mluvil o svém dětství a pobytu u dědečka. Otce ve svém životě potkal pouze jednou, chybí mu s ním kontakt. Vztah s matkou má spíše neutrální, občas si zavolají. Veškeré náležitosti okolo klienta vyřizuje opatrovnice z úřadu. Klient se cítí být sám. Chtěl by mít opět vlastní byt, jako před lety, kdy mu byt přidělil městský úřad, ale záhy mu byl odebrán na podkladě četných návštěv kamarádů, jelikož užívali návykové látky. V rámci doléčovacího programu chce začít nový život v jiném městě, kde ho nikdo nezná. Klient vyplnil dotazník DAST dlouhá verze s výsledkem 12 bodů a více – klient s vysokou pravděpodobností má problém se zneužíváním návykových látek.

Nezbytné percepce vztažené k léčbě (škála CMRS) (Kalina, 2008)

Faktor CMRS - angl. circumstances, motivation, readiness and suitability scales for substance abuse treatment, okolnosti, motivace, připravenost, vhodnost (výzkumná metoda)

Circumstances

Okolnosti

Množství životních situací vede lidi k tomu, aby vyhledali léčbu. Patří k nim např. problémy se zákonem, penězi, zdravím, rodinou nebo zaměstnáním. Tyto situace jsou individuální a často se mění během času u téhož jednotlivce. Mají společné, že je člověk vnímá jako vnější tlak na to, aby to léčby nastoupil, setrval v ní a vytěžil z ní přínos pro návrat do života. Léčba sama musí toto vnímání vnějších tlaků využívat, aby udržela klienta v procesu změny (Kalina, 2008).

4.6.9 Vývoj

Vývoj klientova případu není nikterak pozitivní. Objevují se četné debakly a hospitalizace s elektrokonvulzivní terapií, zhoršení zdravotního stavu až na invaliditu III. stupně, následně dochází k omezení právní způsobilosti. Chybí edukace v oblasti užívání alkoholu a případných lékových interakcí s užitím návykových látek. Chybí celkový náhled na situaci a život s duševním onemocněním. V současné době vykonává brigády, pobírá invalidní důchod a plánuje svůj život v severní části Moravy. Přesto všechno má motivaci, a chce začít znovu v novém působišti. Neumí si vytvářet zdravé sociální vztahy, spíše své přátele získává z ulice s nabídkou sdíleného bydlení tak, aby ho brali. Chtěl by mít vztah, ale nemyslí tím sexuální, spíše proto, aby nebyl sám. Samota a strach ze samoty je v jeho případě významný fenomén. V podobě podpory v novém prostředí s navázáním zdravých vztahů by mohly začít nové pozitivní stavy. Rád by docházel do ambulantní péče na testování návykových látek. Podpora

je pro jeho další vývoj důležitá nejen v podobě sociálního prostředí, ale i v podobě léčebné podpory ambulantní psychiatrickou péčí.

4.6.10 Shrnutí

Klient považuje stávající zařízení za vyhovující a je rád, že se rozhodl právě pro toto zařízení. O žádném jiném podobném zařízení neví. Stávající systém podpory v době doléčování mu vyhovuje s tím, že dochází k lékaři, kde řeší medikaci a své psychické potíže. Je si vědom toho, že po dokončení doléčování by v péči ambulantního psychiatra nadále setrval. V systému péče, v době kontaktů s terénním programem a kontaktním centrem, nikdo neřešil jeho duševní stav. Nebyl edukován o případných zdravotních obtížích spojených s užíváním návykové látky na podkladě diagnostikovaného duševního onemocnění. V psychiatrické nemocnici řešili pouze závislost, integrovaná léčba neprobíhala, pouze medikace bez psychoterapeutické podpory na podkladě duální diagnózy. Stávající zdravotní stav nepovažuje za rizikový nebo vážný, jako by si neuvědomoval invaliditu III. stupně a chyběl mu náhled na možnosti a schopnosti, které nyní má a co vše je schopen svépomocí zvládnout. Během rozhovoru o svém duševním onemocnění nemluvil. Faktory, které vnímá nyní jako důležité pro své další směřování, jsou na straně pomoci následné péče, zejména pracovníků a nových kamarádů. Významným faktorem je délka poskytované služby s adiktologickým programem. Je si vědom svých limitů a délky času, které bude potřebovat k osamostatnění. Nechce udělat chybu, což je v kontextu celého případu významným vodítkem k postupným krokům reintegrace do společnosti. Jednotlivé fáze si postupně prožil a neopakoval staré vzorce chování, které jsou v rámci případu patrné.

4.7 Kazuistika č. 2

4.7.2 Osobní anamnéza

Klient, 28 let, narozen ve středně velkém městě ve středních Čechách. Momentálně se nachází na Službě následné péče, pobytová forma pro osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. V současnosti má duální zdravotní podporu v podobě lékaře, psychiatra, vedle poskytované sociální služby. Psychiatr má vlastní samostatnou ambulanci. Medikace a zdravotní péče je provozována odděleně, přesto v kontextu zájmů klienta/ pacienta.

Klient je svobodný, bezdětný, bez partnerského vztahu. Svěprávnost plná, pobírá invalidní důchod I. stupně od roku 2011. Klientovi byla diagnostikována paranoidní

schizofrenie s následnou invaliditou I. stupně. Klient má diagnostikovanou závislost, tím splňuje rámec výběrového souboru.

4.7.3 Sociální anamnéza

Vzdělání

Klient vychodil základní školu s vynikajícím prospěchem a chováním bez problémů. Nejvyšší vzdělání má základní. Úspěšně absolvoval přijímací řízení na střední školu, ale kvůli drogám školu přestal navštěvovat. Má státní zkoušku ze psaní všemi deseti na klávesnici.

Záliby

Dříve se věnoval počítačům, jízdě na kole, na bruslích. Nyní se chce věnovat opět počítačům a cvičení, začít chodit do posilovny.

Pracovní anamnéza

Klient nikdy dlouhodobě nepracoval na HPP. Docházel pouze na občasné brigády na stavbách, tvořil webové stránky.

Finanční situace

Klient má dluhy, řeší je s dluhovou poradnou, má zájem dluhy splatit. V současné době pobírá invalidní důchod I. stupně a sociální dávky Příspěvek na živobytí a Doplatek na bydlení. Nyní vykonává veřejnou službu u obecního úřadu na 30 hodin za měsíc, aby si zlepšil příjem sociální dávky.

Bydlení

Momentálně se nachází ve službě následné péče, pobytová forma. Vlastní bydlení nemá, trvalý pobyt má nahlášený na obecním úřadě v jeho trvalém bydlišti.

Právní anamnéza

V roce 2013 dostal první podmínku, v roce 2014 nastoupil do výkonu trestu za krádež a ublížení na zdraví. Vše je spojeno s drogovou minulostí. Původně dostal ústavní léčbu, kterou vykonával ve věznici na specializovaném oddělení pro léčbu závislostí, kde si odpykával trest. Po odvolání mu tato léčba byla změněna na ambulantní.

4.7.4 Zdravotní anamnéza

Klient neudává žádné zdravotní omezení, v dětství prožil běžné dětské nemoci. Byl chtěným dítětem. V rodině výskyt závislosti na alkoholu u maminky, která pod vlivem návykové látky umírá na pracovišti v 7 letech klienta. Otec ani bratr netrpí duševním onemocněním, v rodině nebyla zjištěna onkologická onemocnění. Diagnostikované duševní onemocnění je pouze

v jeho případě. Není si vědom výskytu duševního onemocnění ani ve vzdálené nebo příbuzenské rodinně.

Od roku 2017 využívá sociální pobytovou službu následné péče a nachází se v II. fázi programu. Momentálně se cítí velice dobře, je rád za svůj „udržující“ se zdravotní stav a boj se závislostí.

Test na VHC i HIV naposledy proveden ve výkonu trestu, zjištěný výsledek negativní. Ve výkonu trestu byl za násilný trestní čin, a to napadení svých blízkých babičky a dědečka kde bydlel. Zmíněný fatální incident agrese však nedává do spojitosti se zdravotním stavem a užíváním návykové látky. O proběhlé události nechce mluvit. Má nařízenou ústavní léčbu.

Psychiatrická anamnéza

První kontakt s psychiatrií, který zcela souvisí s psychiatrickým onemocněním, zažívá klient okolo svých 21 let, kdy je převezen s psychickými obtížemi do lůžkového zařízení ústavní léčby. O hospitalizaci rozhodl lékař na podkladě agresivního chování k babičce a dědečkovi. V té době užíval pervitin již několik let. Na podkladě proběhlého soudního stání v jeho 23 letech mu byla nařízena ústavní léčba ze závislosti. Ve věznici byl na uzavřeném oddělení pro léčbu závislosti na návykových látkách, odtud přecházel podmíněčně do služby následná péče, kde je doposud. Užívá Olanzapin 5mg 0-0-1 a pravidelně dochází na kontroly k psychiatrovi. Bez suicidia, neměl suicidiální pokusy.

4.7.5 Rodinná anamnéza

Charakteristika rodinného prostředí

Klient se v roce 1990 narodil do úplné rodiny. Dětství bylo šťastné, o tři roky později se narodil jeho mladší bratr.

První negativní pocit zažívá v pěti letech, kdy otec prodal jejich rodinný dům a odjíždí do Ameriky. Krátce nato odjíždí jeho máma. S bratrem zůstávají u prarodičů ze strany otce. V Americe žili dva roky. Po návratu rodiče zůstali v Polsku, odkud pocházela máma klienta. Mladšího bratra vzali s sebou, jeho nechali u prarodičů. S bratrem má neutrální vztah nejspíše ovlivněný tím, že si ho rodiče vybrali, aby jel s nimi do Polska (nového působiště) bez klienta, který zůstal u prarodičů.

Když bylo klientovi 9 let, zemřela jeho máma tragickou smrtí pod vlivem návykové látky alkohol, a bratr se vrátil zpět do ČR k prarodičům. Poté byli oba svěřeni do pěstounské péče prarodičům. Otec si občas obě děti brávil k sobě na prázdniny do Polska, ale když založil „novou“ rodinu v Polsku, kontakt se přetrhl. Sourozenci nadále zůstávají v pěstounské péči prarodičů.

Klient vychodil základní školu s vynikajícím prospěchem a chováním bez problémů. Úspěšně absolvoval přijímací řízení na střední školu (obchodní akademie), ale kvůli drogám školu přestal navštěvovat a ve třetím ročníku odchází. Stačí si ještě udělat státní zkoušku ze psaní všemi deseti na klávesnici. V té době prožívá svůj první vážný vztah s dívkou, přistěhují se k sobě, ale po dvou letech vztah končí.

Bratr se úspěšně vyučil v učebním oboru, problémy s drogami nemá žádné. Po neúspěšném studování střední školy, kdy se čím dál více setkával s partou na ulici, užíval pervitin a nelegální činností a krádežemi doma si obstarával peníze na pervitin. Dochází k častým střetům mezi prarodiči, které vyvrcholí hádkou a politím babičky horkou tekutinou. Následuje soudní stání s výkonem trestu a protitoxikomanickou léčbou. V době propuštění je dědeček v domově důchodců a babička je dva roky po smrti na základě srdečního selhání. S dědečkem udržuje kontakt, jezdí za ním do domova pro seniory, agrese mu odpustil. Otec s klientem nekomunikuje, a to ho trápí. S bratrem kontakt neudržuje.

4.7.6 Drogová anamnéza

Klient začal kouřit marihuanu ve svých 15 letech, kdy mu ji nabídli kamarádi. Chtěl někam patřit a zapadnout. U prarodičů to tak necítil, a s bratrem měl neutrální vztah. Pravidelně ji kouřil do 20 let. V 17 letech mu kamarád nabídl pervitin, který užíval šňupáním. Když se mu ve 21 letech zhoršil psychický stav, byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici na lůžkové oddělení, kde mu lékaři diagnostikovali paranoidní schizofrenii. Léky bral pravidelně, jeho psychický stav se zlepšil.

Pervitin užíval jen příležitostně, ale nyní i.v. do doby, než jej uvěznili. Jeho trestná činnost souvisela s drogami. Krádeže a napadení prarodičů. První podmínku dostal v roce 2013. Peníze na drogy si obstarával krádežemi, později pod vlivem psychózy měl fyzické napadení prarodičů. Od roku 2016 byl ve vazbě a byl mu udělen výkon trestu na specializovaném oddělení pro léčbu závislosti v délce 3 roky, kde byl po roce a půl podmíněčně propuštěn.

V roce 2017 byl podmíněčně popuštěn, ochrannou léčbu vykonává na Službě následné péče, pobytová forma. V programu je 5 měsíců, nachází se ve druhé fázi programu. Obtíže pod vlivem návykové látky, které udává, jsou psychického rázu, halucinace a bludy. Nepříjemné stavy nechce zažívat, bojí se, co by následovalo.

4.7.7 Psychiatrická komorbidita

V 15 letech užíval THC, později cca v 17 letech začal užívat pervitin šňupáním, později i.v., což je jeho primární droga. Byla mu diagnostikována F13.2 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik, syndrom závislosti. Aktivní délka užívání návykových látek je 7 let.

V roce 2011 byla klientovi diagnostikována F 20.0. - paranoidní schizofrenie. K diagnostikovanému onemocnění v rámci rozhovoru udává, že to mělo nejspíše vliv jeho užívání návykové látky a kouření THC. Zároveň však považuje závislost za výrazně omezující onemocnění než duševní poruchu.

4.7.8 Výchozí bod

S klientem jsem se setkal v pobytové službě následná péče, kde se nachází pátým měsícem a pokračuje v doléčování na podkladě protitoxikomanická léčby, kterou zahájil ve výkonu trestu. Byl angažovaný a orientovaný, neměl depresivní nálady nebo úzkosti. Cítil se unavený, ale to bylo na podkladě vykonávaných pracovních činností. Během rozhovoru jsem několikrát klienta směřoval z terapeutické roviny do výzkumné části této práce s tím, že daná témata, o kterých mluví je potřeba probrat s garantem nebo nejlépe na skupině v rámci psychoterapie. Nejcitlivěji vnímal nenaplněný vztah se svým otcem, který ho údajně odepsal po ataku na svou babičku, která ho s dědečkem vychovávala. V rámci doléčovacího programu si zažívá vztah s jiným klientem, v podobném věku jeho otce, který ho učí vařit a hospodařit. Nyní se cítí být klidný, chce si najít práci třeba v administrativě, alespoň na částečný úvazek, když má invalidní důchod. Klient vyplnil dotazník DAST dlouhá verze s výsledkem 12 bodů a více – klient s vysokou pravděpodobností *má* problém se zneužíváním návykových látek.

Nezbytné percepce vztažené k léčbě (škála CMRS) (Kalina, 2008)

Faktor CMRS - angl. circumstances, motivation, readiness and suitability scales for substance abuse treatment, okolnosti, motivace, připravenost, vhodnost (výzkumná metoda)

Circumstances

Okolnosti

Množství životních situací vede lidi k tomu, aby vyhledali léčbu. Patří k nim např. problémy se zákonem, penězi, zdravím, rodinou nebo zaměstnáním. Tyto situace jsou individuální a často se mění během času u téhož jednotlivce. Mají společné, že je člověk vnímá jako vnější tlak na to, aby to léčby nastoupil, setrval v ní a vytěžil z ní přínos pro návrat do života. Léčba

sama musí toto vnímání vnějších tlaků využívat, aby udržela klienta v procesu změny (Kalina, 2008).

4.7.9 Vývoj

Vývoj u klienta vnímám pozitivně zejména s odkazem na okolnosti, které ho motivují ke změně, neopakování debaklu z minulosti s dopadem na výkon trestu. Je si vědom svých limitů, přesto chce pracovat a zpětně se zařadit do společnosti. Vytvořit si vlastní vztah a následně rodinu. Klíčovým aspektem je dostatečná edukace v oblasti duševních poruch a onemocnění, zejména ve skupinové aktivitě prevence relapsu. Užití návykových látek anebo látek ovlivňující vědomí, může vyvolat nežádoucí interakce s medikací. Následné psychické stavy mohou vést k opakování užívání návykové látky.

Cítí se být v klidu, není ovlivněn aktuálními stavy duševního onemocnění a je motivován zejména po předčasném propuštění z výkonu trestu. Chybí navázání na sociální prostředí, zejména na služby sociální rehabilitace zaměřené na péči o osoby s chronickým duševním onemocněním. Hlavním motivem klienta je práce a odpoutání se od poskytované služby, přesto chybí náhled na rizika spojená s běžným životem bez vybudované sociální sítě v novém prostředí.

4.7.10 Shrnutí

Klient považuje stávající zařízení za vyhovující. Je rád, že se rozhodl právě pro toto zařízení. Cítí se zde dobře a stávající systém péče mu vyhovuje. Lékaře navštěvuje mimo zařízení, což mu po odchodu z terapeutického procesu v době doléčování spíše usnadní sociální fungování. Nebude muset vyhledávat jiného lékaře a může využívat služeb stávajícího, ke kterému dochází ambulantně. V systému péče adiktologických služeb se mu věnovali pouze v psychiatrické nemocnici a ve výkonu trestu v protitoxikomanická léčeni, kde byl edukován o své komorbiditě. V žádném jiném zařízení nebyl edukován ani informován o rizicích spojených s užíváním návykových látek a souběhu diagnostikovaného duševního onemocnění. Je si vědom, že existují i jiná zařízení zabývající se podporou osob s komorbiditou, přesto o službách v komunitní síti edukován není. Svůj duševní stav spíše nepovažuje za významný, a uvádí jako komplikující faktor svou závislost i když si je dle rozhovoru vědom, že mezi onemocněními existuje vztah. Faktory, které nyní vnímá jako důležité pro své další směřování, jsou na straně pomoci následné péče, zejména pracovníků a kamarádů. Významným faktorem je délka poskytované služby s adiktologickým programem. Je si vědom svých limitů a délky času, který bude potřebovat k osamostatnění.

4.8 Kazuistika č. 3

4.8.2 Osobní anamnéza

Klient 27, let narozen v hlavním městě ČR. Momentálně se nachází na Službě následné péče, pobytová forma pro osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. V současnosti má duální zdravotní podporu podobě lékaře, psychiatra, vedle poskytované sociální služby. Psychiatr má vlastní samostatnou ambulanci. Medikace a zdravotní péče je provozována odděleně, přesto v kontextu zájmů klienta/ pacienta.

Klient je svobodný, bezdětný, bez partnerského vztahu. Svěprávnost plná. Klientovi byla diagnostikována paranoidní schizofrenie ve 22 letech. Klient má zároveň diagnostikovanou nelátkovou závislost F630 a splňuje tak rámec výběrového souboru.

4.8.3 Sociální anamnéza

Vzdělání

Klient vychodil základní školu s podprůměrným prospěchem a chováním bez větších problémů. Nejvyšší vzdělání má učňovské, je vyučen automechanikem. V současnosti neuvažuje, že by pokračoval ve vzdělávání nebo si našel rekvalifikační kurz.

Záliby

Dříve se věnoval RC modelům, jízdě na kole a poslouchání hudby. Nyní se chce věnovat opět RC modelům, případně začít jezdit na kole.

Pracovní anamnéza

Klient nikdy dlouhodobě nepracoval na HPP. Docházel pouze na občasné brigády, případně měl krátkodobé trvající pracovní smlouvy, kde nevydržel pracovat. Měl četné kázeňské přestupky. Stěžejní se jevila práce u otce, kde doplňoval zboží. Měl v té době velké finanční příjmy, než došlo ke krádežím a ukončení pracovního poměru u otce.

Finanční situace

Klient nemá dluhy u bankovních ústavů a společností poskytujících půjčky. Jediný dluh, který má, je k vlastnímu otci na podkladě krádeží, které u něj měl v celkové výši 75 tis korun. Dluh nesplácí, ale o celkové škodě, kterou otcovi udělal, ví. Nyní pobírá sociální dávky Příspěvek na živobytí a Doplatek na bydlení. V zařízení je 2 měsíce, přechod a veškeré náležitosti převedení sociální dokumentace se nyní aktivně vyřizují.

Bydlení

Momentálně se nachází ve službě následné péče, pobytová forma. Vlastní bydlení nemá, trvalý pobyt má nahlášený v hlavním městě u babičky a dědečka v jeho trvalém bydlišti.

Právní anamnéza

Krádež u otce, kterou měl v celkové částce 75 tis korun, nebyla právně řešena. Momentálně není trestně stíhán a doposud nebyl soudně stíhán.

4.8.4 Zdravotní anamnéza

Zdravotní anamnéza

Klient neudává žádné zdravotní omezení, v dětství prožil běžné dětské nemoci. Od roku 2018 využívá pobytovou službu následné péče a nachází se v I. fázi programu. Momentálně se cítí velice dobře, je rád za svůj „udržující“ se zdravotní stav a boj se závislostí a epizodního hraní. Uvádí, že v rodině není evidovaná závislost ani duševní onemocnění.

Psychiatrická anamnéza

První kontakt s psychiatrií, který zcela souvisí s psychiatrickým onemocněním, zažívá klient okolo svých 22 let, kdy je převezen s psychickými obtížemi do lůžkového zařízení ústavní léčby, kde je mu diagnostikována paranoidní schizofrenie F 20.0 spolu s nelátkovou závislostí F 63.0.

4.8.5 Rodinná anamnéza

Klient se narodil v roce 1991 do nově vytvořené rodiny a udává věk rodičů, otec 17 let a maminka 18 let. Neví, zda byl chtěné dítě. Když mu byli 4 roky, rodiče se rozvedli.

První negativní zážitek zažívá v 5 letech, kdy zůstává u maminky se sestrou, která je o tři roky mladší a je bez tatínka. Následovala další nešťastná událost v jeho životě, kdy se mu maminka moc nevěnovala. Následně si ho do péče vzali babička a dědeček ze strany matky. V pozdějším věku se dozvídají matka i syn, že rodiče maminky jsou adoptivní. U babičky a dědečka měl výrazně lepší životní podmínky a dokonce uvádí, že s nimi jezdil na zahraniční dovolené.

Ve škole měl špatné známky, ale přesto se vyučil automechanikem. Při nástupu do učebního oboru se setkává s marihuanou a partičkou spolužáků, která ji společně s ním užívá. Dopadá na něj nezáměr maminky a otce se sestrou, která je mladší, je u maminky, nemá k ní nikterak významný vztah, nazval ho spíše neutrálním. S maminkou vůbec nekomunikuje, se sestrou jen výjimečně. Za tatínkem jezdí i potom, co mu odcizil peníze v hodnotě 75 tisíc. Má

dva nevlastní bratry z otcovy strany, z nového manželství. Když potřebuje poradit, radí se ne s otcem, ale s jeho partnerkou, která je pro něj významnou osobou.

Chce se vrátit do hlavního města, ale uvažuje o samostatné cestě. Chtěl by bydlet sám a nevracet se k babičce a dědečkovi, bydlel by u známých.

4.8.6 Drogová anamnéza

Klient začal kouřit marihuanu ve svých 15 letech. Byla mu nabídnuta spolužáky na učilišti, kde se učil automechanikem. K alkoholu vztah nemá. Sice alkohol užil, nezaujal ho. K užívání nelegálních drog nedošlo. Během učení na automechanika měl poměrně slušné kapesné, a s partičkou kamarádů jen tak ze srandy navštěvuje hernu, kde se snaží přivydělat na herních automatech.

V několika případech se mu daří vyhrát významné finanční částky, a je zaujatý možností si tak přivydělat. U hraní a během hraní užívá marihuanu. Ve 22 letech se objevují první psychické příznaky, a je hospitalizován v psychiatrické nemocnici, kde mu je diagnostikována F 20.0 paranoidní schizofrenie a F63.0 patologické hráčství. Opakovaně je hospitalizován v psychiatrické nemocnici v hlavním městě, poté následuje 3 měsíční pobyt v psychiatrické nemocnici na severu Moravy, kde se rozhoduje, že nastoupí do svého prvního doléčování.

4.8.7 Psychiatrická komorbidita

V 15 letech užívá THC do 22 let, než je hospitalizován pro závažné psychické stavy v psychiatrické léčebně, kde je mu diagnostikována F 20.0 paranoidní schizofrenie a F 63.0 patologické hráčství. V průběhu 5 let je celkem hospitalizován třikrát, a vždy pro závažné epizody hraní a psychické stavy s bludy a halucinacemi. Po třetí hospitalizaci vždy v maximální délce pobytu do 3 měsíců nastupuje do služby následná péče s doléčovacím programem. V programu je 2 měsíce.

V době hospitalizací měl možnost řešit i své závislostní chování a duševní onemocnění, ale pouze v psychiatrické nemocnici na severu Moravy. Výskyt duševního onemocnění má v souvislosti s užíváním THC. Nepřipadá si jako „schizofrenik“, považuje se za gamblera. Bez suicidia a neměl suicidiální pokusy.

Užívá medikaci: Abilify 15 mg tbl 1-0-0.

4.8.8 Výchozí bod

S klientem jsem se setkal v pobytové službě následná péče s doléčovacím programem, kde je nyní druhý měsíc a pokračuje v doléčování na podkladě ústavní léčby, kterou zahájil v psychiatrické nemocnici na severu Moravy. Byl angažovaný a orientovaný, neměl depresivní nálady nebo úzkosti. Nejcitlivěji vnímal vztah k otci, přesto o vztahu moc nechtěl na základě epizodní krádeže mluvit. S otcem je v kontaktu, s maminkou v kontaktu není, se sestrou komunikuje příležitostně. Klíčovým člověkem se jeví babička, která je s ním v kontaktu. Chtěl by si najít práci. Necítí se být jako „schizofrenik“, a popírá své onemocnění. Během hovoru o nemoci nemluví, jen o epizodním hraní na podkladě diagnostikované F 63.0.

Nezbytné percepce vztažené k léčbě (škála CMRS) (Kalina, 2008)

Faktor CMRS - angl. circumstances, motivation, readiness and suitability scales for substance abuse treatment, okolnosti, motivace, připravenost, vhodnost (výzkumná metoda)

Circumstances

Okolnosti

Množství životních situací vede lidi k tomu, aby vyhledali léčbu. Patří k nim např. problémy se zákonem, penězi, zdravím, rodinou nebo zaměstnáním. Tyto situace jsou individuální a často se mění během času u téhož jednotlivce. Mají společné, že je člověk vnímá jako vnější tlak na to, aby to léčby nastoupil, setrval v ní a vytěžil z ní přínos pro návrat do života. Léčba sama musí toto vnímání vnějších tlaků využívat, aby udržela klienta v procesu změny (Kalina, 2008).

4.8.9 Vývoj

Vývoj klienta, který je bez náhledu svého duševního onemocnění a souvislostí s epizodním hraním, je rozporuplný. Přesto klíčovým se jeví motivace ke změně. Postupná edukace může zvýšit náhled na vztah s epizodním hraním a četných hospitalizací s dopadem na vývoj duševního onemocnění.

Klíčovým aspektem je dostatečná edukace v oblasti duševních poruch a onemocnění, zejména ve skupinové aktivitě prevence relapsu. Cítí se být v klidu, není ovlivněn duševní nemocí. Medikaci užívá řádně, problém se však jeví v péči o sebe, kdy zanedbává hygienické a sociální návyky. Chybí struktura dne, sám však vnímá čas jako klíčový faktor na cestě uzdravy a své postupné změny. Současný prostor a péči ve službě následná péče vnímá jako dostatečný.

4.8.10 Shrnutí

Klient považuje stávající zařízení za vyhovující a je rád, že se rozhodl právě pro toto zařízení. Cítí se zde dobře a stávající systém péče mu vyhovuje. Lékaře psychiatra má mimo zařízení, což mu vyhovuje, dochází ambulantně. V systému péče adiktologických služeb se mu věnovali pouze v psychiatrické nemocnici na severu Moravy. V žádném jiném zařízení nebyl edukován ani informován o rizicích spojených s užíváním návykových látek nebo nelátkových závislostech a souběhu diagnostikovaného duševního onemocnění. Je si vědom, že existují i jiná zařízení zabývající se podporou osob s komorbiditou, přesto o službách v komunitní síti edukován není. Svůj duševní stav spíše nepovažuje za významný. Uvádí jako komplikující faktor svou nelátkovou závislost. Dle rozhovoru si je vědom, že mezi onemocněními existuje vztah. Faktory, které vnímá nyní jako důležité pro své další směřování, jsou na straně pomoci následné péče, zejména pracovníků a kamarádů. Významným faktorem je délka poskytované služby s adiktologickým programem. Je si vědom svých limitů a délky času, který bude potřebovat k osamostatnění.

4.9 Vyhodnocení získaných dat

Porovnáním jednotlivých kasuistik jsem se zaměřil na klientovo vnímání léčebného kontinua a identifikaci rizikových momentů klientů přicházejících do služeb následné péče pro osoby s duální diagnózou. Monitoroval jsem jejich vnímání duální diagnózy v souběhu s využíváním služeb a pobytu v zařízení, včetně možností zapojení na vlastní úzdravě.

Výsledky:

- Respondenti byli minimálně dvakrát až třikrát hospitalizováni v psychiatrické nemocnici, a to u všech tří respondentů.
- Služby adiktologického kontinua věděli u všech respondentů o jejich komorbiditě. V případě ambulantní péče, kontaktního centra a terénních programů k edukaci rizik spojených s užíváním návykových látek s dopadem k duševní poruše nedošlo.
- V psychiatrické nemocnici pouze v jednom případě byla dle sdělení respondenta léčba poskytována formou integrované léčby, kterou všichni tři respondenti vnímali jako klíčovou v době léčby ve zdravotnickém zařízení.
- Většina psychiatrických nemocnic poskytovala léčbu následnou, nejprve duševní onemocnění x nebo závislostní chování anebo v obráceném pořadí. Což je problematické zejména ke krátké době hospitalizace do 3 měsíců, kdy duševní

onemocnění může zastírat psychické stavy spojené se závislostním chováním, anebo závislostní psychické stavy mohou zastírat projevy duševního onemocnění.

- O možnosti doléčování ve službě následné péče pro osoby s duální diagnózou věděli všichni tři účastníci, ale o dalších možnostech péče nevěděl nikdo z respondentů.
- Účinným faktorem podpory ve vlastní úzdavě považují klienti personál a čas. Tedy délku podpory, která by měla být stanovena dle jejich schopností. Jsou si všichni tři respondenti vědomi vlastních možností a kompetencí, které nyní mají.

Účastníci výzkumného šetření se shodli, že v době léčby považují jako nejvýhodnější typ léčbu integrovanou, což je v souladu s Nešporem a jeho léčebnými postupy u osob s duševním onemocněním a závislostním chováním (Nešpor 2003).

Významné zjištění je, že respondenti sdělili, že v době využívání služeb následné péče s doléčovacím programem je výhodnější typ souběžné péče, tedy kdy probíhá léčba duševního onemocnění odděleně od léčby závislosti. S tím že respondenti identifikovali trvalý charakter duševního onemocnění a neustálou podporu v rámci ambulantní psychiatrické péči také jako trvalou. Přesto pobyt v následné péči vnímají jako dočasný s tím, že dojde k odpoutání se a osamostatnění a podpora psychiatra se měnit nemusí.

Dalším zjištěním v kontextu výzkumného šetření byla vnímaná podpora pracovníky zařízení, ty respondenti považují za klíčové v dalším směřování.

Tabulka číslo 2. Kroky v programu pro duální diagnózy (zdroj: Hodge, 1998, in Yates a Wilson, 2001)

Zaujetí	Personál usiluje o vytvoření terapeutického spojení.
Motivování	Personál posiluje u klientů vědomí jejich problémů a potřebu pomoci.
Aktivní léčení	Personál pomáhá klientům rozvinout schopnosti a vyrovnat se s mnohonásobnými problémy a zvládat je.
Prevence relapsu	Personál podporuje klienty v rozvoji dovedností, jak udržet zisky z léčby a vyhnout se selhání.

Nároky na personál také definují Kalina & Vácha.

Žádoucí kapacity terapeutického týmu v léčbě duálních diagnóz:

- Vytvořit pro klienta bezpečnou terapeutickou alianci,
- podporovat jeho motivaci a vytvoření vzhledu do jeho obtíží a jejich vztahových konsekvencí,

- v terapeutických přístupech přesunout důraz od behaviorální modifikace k interpersonálnímu učení, pomáhat klientovi rozvinout schopnosti vyrovnávat se s mnohonásobnými problémy a zvládat je,
- podporovat klienta v rozvoji dovedností, jak udržet zisky z léčby,
- rozšířit pojem „relaps“ a „prevence relapsu“ na různá selhání v životě klienta, ať už v souvislosti s užíváním drog nebo jinými psychologickými a vztahovými problémy a obtížemi. Kalina (2008, kapitola 32); Kalina & Vácha (2013).

Nároky na personál jsou poměrně vysoké a v procesu změny dlouhodobé. Mnohdy jsou vyčerpávající nejen pro pracovníky, ale i pro samotné klienty.

Neméně zajímavým výzkumným faktem zůstává počet klientů diagnostikovaných komorbiditou ve službě následná péče pro osoby s duální diagnózou. Na základě výzkumu v terapeutických komunitách je dle Kaliny (2013) počet klientů s komorbiditou v terapeutických komunitách 47 %. Jeřábek (2008) uvádí, že je spíše výjimka výskyt osob bez komorbidity. Proč tedy v době výzkumu v daném zařízení byli pouze 4 klienti s diagnostikovanou komorbiditou? Přesto lze dále zaměřit zkoumání na jednotlivé léčebné nebo doléčovací programy a použít nástroje evaluačního výzkumu, a dále hlouběji zkoumat nastíněná zjištění. Tato práce jen otvírá možnosti, jak o dané situaci přemýšlet, a jaké nové zjištění ve vztahu s léčebným kontinuem lze zkoumat.

5 Diskuze a závěr

Problematika duálních diagnóz a psychiatrických komorbidit je poměrně dobře zmapována v některých typech léčebných programů. Existuje i několik významných a citovaných výzkumů v odborné literatuře. Samotná problematika však obsahuje několik dimenzí, a to nejen časových, ale i prostorových a dalších, které nesou nároky nejen na pracovníky, ale také na klienty poskytovaných služeb.

Vlastní směřování pracovníka v odborných službách mě k tomu vede reagovat na potřeby klientů v zařízeních a nelze přehlížet současné odborné poznání a jeho vývoj v oblasti péče o osoby s výskytem psychiatrických komorbidit. Proto jsem si také dané téma vybral, abych ho mohl alespoň trochu prozkoumat v rozsahu bakalářské práce a v neposlední řadě se zaměřit na vnímání klientů a jejich potřeb v oblasti péče v době poskytované služby následná péče s doléčovacím programem.

Cíle výzkumu bakalářské práce byly naplněny, ale je potřeba brát v úvahu nejen subjektivní pohled výzkumníka, ale také subjektivní vnímání ze strany účastníků výzkumného šetření a v neposlední řadě i velikost výzkumného souboru.

Účastníci výzkumného šetření byli tři uživatelé služby následné péče s diagnostikovanou duální diagnózou. Byli v programu minimálně dva měsíce, v průměru pět měsíců. Neméně důležitým faktem je, že většina účastníků je poprvé v doléčování, ale má četné hospitalizace ve zdravotnických zařízeních

Na základě poznatků lze interpretovat závěr a subjektivní vnímání jednotlivých respondentů ve vztahu ke službám následné péče a službám léčebného kontinua. Služby následné péče jsou vnímány jako možnost nového začátku a kontinuální podpory s vlastním přičiněním jednotlivých klientů. Vlastní angažovanost společně s terapeutickou podporou personálu je vnímána jako klíčová pro další směřování a vlastní úzdravě. Klíčovým faktorem se také jeví nejen podpora ze strany personálu a vlastní motivace, ale také patřičná časová podpora v době poskytované pobytové služby s doléčovacím programem.

Výstupy této práce mohou být vhodným podkladovým materiálem pro další zkoumání kontinuální léčebné podpory klientů s duální diagnózou, a zároveň vhodnou zpětnou vazbou pro zařízení, kde byl výzkum proveden. Stávající systém podpory je klienty vnímán jako naplněný a podporuje je ve vlastním seberozvoji a směřování k vlastní integraci.

Použitá literatura:

1. Adameček, D., Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v ČR. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
2. Bém P: Úvod – složky systému péče v ČR. In: Kalina K et al.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha, NMS/Úřad vlády ČR, 2003, kapitola 8/1
3. De Leon, G. (2000). *The therapeutic community. Theory, model, and method*. New York: Springer Publishing Company
4. Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
5. EMCDDA (2013). *Evropská zpráva o drogách. Trendy a vývoj*. Lucemburk: EMCDDA.
6. EMCDDA (2004). Co-morbidity. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. EMCDDA: Lisbon.
7. Farrell, M., Howes, S., Verster, A. et al. (2000). *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*. Luxembourg: EMCDDA.
8. Fox, L., Drake, R. E., et al. (2010). *Integrovaná léčba duálních poruch (přeloženo z angl. originálu: Integrated Dual Disorders Treatment – IDDT)*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
9. Hampl, K. (2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
10. Hendl, J. (2006): *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
11. Janíková B: Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In: Kalina K et al.: *Základy klinické adiktologie*. Praha, Grada, 2008, pp. 99-110
12. Jargus, M. (2003). Klienti ve vazbě a výkonu trestu. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
13. Jenner, L., Kavanagh, D., Greenway, L., Saunders, J. (1998). *Dual Diagnosis Consortium 1998 Report*. Brisbane: Alcohol and Drug Training and Research Unit.
14. Jeřábek P: Psychopatologie závislosti. In: Kalina K et al.: *Základy klinické adiktologie*. Praha, Grada, 2008, pp. 53-74
15. Jeřábek, P. (2015). Integrativní přístup v léčebném kontinuu. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
16. Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K., a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 4. Praha: Grada Publishing.

17. Kalina Kamil: Léčba drogově závislých, Sborník "Drogy ze všech stran II", Institut FILIA, Praha, 2000
18. Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády ČR – Filia Nova.
19. Kalina, K. (2003). Denní stacionáře. In Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
20. Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 1. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
21. Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
22. Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada Publishing.
23. Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing.
24. Kalina, K., Vácha, P. (2013). Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limits of Integrated Treatment. [Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby]. Adiktologie, 13(2), 144-164.
25. Kuda, A. (2001). Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. Adiktologie, (1) 2, 83-93.
26. Libra, J. et al. (2015). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Staženo 18/4/2018 z v/protidrogova-politika/certifikace/inovovane-standardy-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-127658/
27. Marlatt G. A., Barrett K. (1994). Relapse Prevention. In Galanter M., Kleber H. (1994). Textbook Substance Abuse Treatment. Washington: American Psychiatric Press.
28. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009 (2. aktualiz. vyd.). Praha: Bomton Agency.
29. Miovský, M., Bartošíková, I. (2003). Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
30. Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada Publishing.

31. Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. a kol., Základy klinické adiktologie. Kapitola 5. Praha: Grada Publishing.
32. Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
33. Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, "duální diagnózy". In Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup. Kapitola, 4(5). Praha: Úřad vlády České republiky.
34. Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.
35. Orel, M. (2012). Psychopatologie. (Vyd. 1., 263 s.) Praha: Grada.
36. Pavlovská, A., Minařík, J. (2015). Substituční léčba závislosti. In Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing.
37. Pringle, J., Edmondson, L. A., Holland C. L. et al. (2002). The role of wrap around services in retention and outcome in substance abuse treatment: Findings from the Wrap Around Services Impact Study. Addictive Disorders and Their Treatment, 1.
38. Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 1. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
39. Riesel, P. (2015). O potřebě naplňovat a rozvíjet ambulantní léčbu závislých pacientů. Adiktologie, (2) 15, 183-190.
40. Williams, R., & Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards. Psychiatric Bulletin, 24, 43-26
41. Yates, R., Wilson, J. (2001). The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change. In: Rawlings, B., Yates, R. (Eds.). Therapeutic Community for the Treatment of Drug Users. Chapter 10. London: Jessica Kingsley Publ.

Zkratky:

AT ambulance	Adiktologická ambulance
Apod.	A podobně
CMRS	Okolnosti, motivace, připravenost, vhodnost (výzkumná metoda)
DD	Duální diagnózy
DAST	Screeningový test zneužívání drog
EMCDDA	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
HR	Harm Reduction
HPP	Hlavní pracovní poměr
I.V.	Intravenózní zejména nitrožilní aplikace
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
Např.	Například
SNP	Služba následné péče
SPP	Status praesens psychicus
SPS	Status praesens somaticus
Tabl.	Tableta
VHB	Virová hepatitida typu „B“
VHC	Virová hepatitida typu „C“

PŘÍLOHA 1: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Výzkum: Služba následné péče pro osoby s duální diagnózou jako součást léčebného kontinua.

období realizace: 04. 04. 2018 – 23. 4. 2018

realizátor výzkumu: Bc. Josef Vondrka

Byl jsem seznámen s podmínkami, cílem a obsahem výzkumu v rámci bakalářské práce Bc. Josef Vondrka s názvem „Služba následné péče pro osoby s duální diagnózou jako součást léčebného kontinua“.

Prohlášení:

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Realizátor výzkumu mne informoval o podstatě výzkumu a seznámil mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu použity. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Měl jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl jsem možnost se realizátora zeptat na vše, co jsem považoval za podstatné a potřebné vědět.

Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s výzkumníkem a také s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu včetně analýzy mé dokumentace, která je vedena v programu služby následná péče. Jsem informován, že mám možnost kdykoliv od spolupráce odstoupit, a to i bez udání důvodu. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý realizátor výzkumu.

Jméno, příjmení a podpis realizátora výzkumu: _____

V _____ dne _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu: _____

V _____ dne _____

PŘÍLOHA 2: Formát rozhovoru výzkumného šetření

Formát rozhovoru výzkumného šetření

Polostrukturované interview

Úvod

- Představení výzkumníka
- Představení výzkumné práce
- Informovaný souhlas k podpisu

Identifikační údaje

- Věk
- Vzdělání
- Délka pobytu ve službě následná péče
- Ostatní (děti, zaměstnání, stav)
- Vzdělání
- Délka pobytu ve službě následná péče
- Ostatní (děti, zaměstnání, stav)

Současnost – okruhy dotazování

- Jaké zkušenosti mají respondenti se službami následné péče?
- Jaké faktory vnímají respondenti jako podpůrné na jejich cestě k úzdavě?

K jednotlivým výzkumným otázkám byly položeny doplňující dotazy, tak aby pomohly mapovat situaci a napomoci k naplnění výzkumných zjištění.

Závěr

- Prostor pro komunikačního partnera
- Poděkování za účast ve výzkumu a rozloučení

PŘÍLOHA 3: Ukázka rozhovoru z výzkumného šetření

Respondent 2. – Ukázka rozhovoru z výzkumného šetření

21. 02. 2018

Místo rozhovoru: terapeutická skupinová místnost v zařízení

Délka rozhovoru: 45:09

Výzkumník: Bc. Josef Vondrka

Respondent	R 2.
Pohlaví	muž
Věk	29 let
Vzdělání	základní
Stav	svobodný
Primární droga	pervitin
Délka užívání	7 let
Zaměstnání	invalidní důchodce
Duševní onemocnění	F200
Délka pobytu v zařízení	5 měsíců
Počet pobytů v SNP	1

Současnost

..... Pokračování.....

V: Návyková látka, kdy?

V 15 letech marihuana, v 17 letech perník, snif, i.v. později.

Duševní onemocnění, kdy?

Ve 21 letech, PN ...-přímo se schizofrenií.

Duální diagnóza víš, co to znamená?

Kombinace duševní poruchy a závislosti

V předchozích zařízeních v adiktologické péči se s tebou o tvém onemocnění někdo bavil?

Nebavili. Nezkoumali to. Probíhala pouze výměna.

Snažili se ti lékaři v léčebných zařízeních nějakým způsobem s tímto problémem pomoci?

Bavili, ale ze začátku jsem nevěděl, co to znamená. Ano, měli jsme i jiné individuální pohovory.

Myslíš, že by pro tebe bylo přínosné, kdyby někdo řešil tyto dva problémy najednou?

Nebo by ti to vyhovovalo jinak? Jak?

Současně.

Jaký problém ti přijde závažnější? závislost, nebo duševní onemocnění?

Závislost.

Pokud se nepletu, nejdříve tě začaly trápit problémy týkající se duševní poruchy, až poté nastaly problémy s nadužíváním návykové látky, je to tak?

Nejprve závislost, poté duševní onemocnění.

Myslíš, že to, že jsi měl duševní poruchu, a to přispělo ke vzniku závislosti?

Drogy spustili onemocnění.

Myslíš, že tyto dvě onemocnění spolu nějak souvisejí?

Myslím, že ano.

Dokázal bys mi říci, proč je tak těžké přestat užívat návykové látky?

Protože, když užívám, svět je pro mě jiný, nedokážu si představit, že bych přestal.

A dokázala bys mi říci, proč je tak obtížné vyléčit se z duševní poruchy?

Je to nevyléčitelné, беру léky, budu je brát do konce života.

Míváš někdy pocity výskytu duševní nemoci.

Ted' vůbec ne.

Přemýšlíš někdy nad tím, proč to všechno začalo? Co všechno k tomu mohlo vést? Co to mohlo způsobit?

Myslím, že jsem chtěl začít brát drogy, nechci to svádět na rodinu. Někdo to také zažije a nefetuje.

Jak se nyní cítíš? Jak ti je?

V tuto chvíli unavený.

Co bys nyní ze všeho nejvíce potřeboval? Co by ti mohlo pomoci?

Ted' je vše v pořádku, individuální cíle si plním, mám veřejnou službu 30 hod/ měsíc k PnŽ.

V pondělí mám schůzku ohledně projektu podpora v zaměstnanosti mladých.

Kdo by ti mohl pomoci?

Zaměstnanci následné péče, rodina, kamarádi.

Co bys nyní nejvíc ze všeho chtěl slyšet?

Nevím.

Co očekáváš od následné péče?

Je to to, co potřebuju. Nevím, jestli je to pro všechny, ale pro mě ano.

Kde jsi se o zařízení dozvěděl? Víš o dalších zařízeních zabývajících se léčebnou duálních diagnóz?

O vašem zařízení ve výkonu trestu. Chtěl jsem do ...xy... „xy“, ale brali pouze alkoholiky. ...XY... by mě vzal i s dual. dg., nebyl by to problém, ale rozhodl jsem se pro XY.... O dalších zařízeních nevím.

Kam půjdeš po skončení doléčování?

To je pro mě daleko, budu to řešit, ale teď není ten pravý čas.

Nabízí doléčovací zařízení vše, co potřebuješ – psychiatr atd.?

Mám nařízenou ústavní léčbu.

Myslíš si, že lidé s duševní m onemocněním potřebují speciální podporu?

Ano. Záleží, jaké je to onemocnění, u mě je důležitý psychiatr.

Znova do léčebny, pokud by to nešlo po ukončení?

Kdybych zrelapsoval, zeptal bych se vedení a nechal si poradit.

Chtěli by ses na něco zeptat?

Ne.

..... Závěr.....

PŘÍLOHA 4: Dotazníky DAST

Respondent č. 1

DRUG ABUSE SCREENING TEST (Screeningový test zneužívání drog)

Instrukce pro klienta: Následující otázky se týkají informace o vašem zacházení s drogou. Zneužívání drog se vztahuje na použití (1) léků buď předepsaných nebo ve volném prodeji, použitých pro jiný než svůj účel, a (2) jakékoli jiné nelékařské použití drog. Berte v úvahu minulý rok (12 měsíců) a pozorně si přečtěte každou položku. Potom se rozhodnete, zda je vaše odpověď ANO nebo NE a zaškrtněte odpovídající políčko. Prosím, ujistěte se, že jste odpověděl(a) na každou otázku.

Číslo/položka	ANO	NE
1. Užíval(a) jste někdy drogy pro jiné než lékařské účely?	X	
2. Zneužíval(a) jste léky na předpis?		X
3. Užíval(a) jste více než jednu drogu najednou?	X	
4. Můžete se přes týden obejít bez drog (resp. jiných než předepsaných)?	X	
5. Jste vždy schopni přestat s užíváním drog, když to chcete?	X	
6. Užíváte drogy průběžně?	X	
7. Jste schopni omezit své užívání za určitých situací?	X	
8. Měl(a) jste „výpadky“ nebo „flashbacky“ jako následek užití drog?	X	
9. Cítil(a) jste se někdy špatně kvůli svému užívání?	X	
10. Stěžoval(a) si někdy váš(vaše) partner(ka) (nebo rodiče), že užíváte drogy?	X	
11. Vědí přátelé nebo příbuzní o vašem užívání, nebo vás z toho podezřívají?	X	
12. Působilo vaše užívání někdy problémy ve vztazích s partnerem (partnerkou)?		X
13. Vyhledával někdo z vaší rodiny pomoc pro vaše problémy způsobené užíváním drog?		X
14. Ztratil(a) jste někdy přátele v důsledku vašeho užívání drog?	X	
15. Zanedbával(a) jste někdy svou rodinou nebo vynechával(a) jste práci z důvodu užívání drog?		X
16. Měl(a) jste někdy problémy v práci kvůli vašemu užívání drog?		X
17. Ztratil(a) jste někdy práci v důsledku užívání drog?		X
18. Zapletl(a) jste se někdy do rvačky pod vlivem drog?	X	
19. Byl(a) jste někdy zatčen(a) kvůli neobvyklému chování pod vlivem drog?	X	

20. Byl(a) jste někdy zatčen(a) za řízení pod vlivem drog?	X	
21. Účastnil jste se někdy nelegálních aktivit za účelem získat drogu?	X	
22. Byl(a) jste někdy zatčen za držení nelegálních drog?	X	
23. Měl(a) jste někdy abstinenční příznaky jako následek užití tvrdé drogy?		X
24. Měl(a) jste někdy zdravotní potíže jako následek užívání drog? (ztráta paměti, hepatitida, křeče, krvácení atd.)	X	
25. Žádal(a) jste někoho o pomoc se svými problémy v důsledku užívání drog?	X	
26. Byl(a) jste někdy v nemocnici v souvislosti se zdravotními problémy v důsledku užívání drog?	X	
27. Byl(a) jste někdy zapojen(a) do specializovaného léčebného programu v souvislosti s užíváním drog?	X	
28. Byl(a) jste kvůli užívání drog léčen(a) ambulantně?	X	
Počet bodů Celkem bodů 18	18	0

Bodové hodnocení a interpretace: 1 bod je dán za každou kladnou odpověď (ANO), vyjma položky 4, 5 a 7, u kterých se počítá bod za odpověď NE.

Méně než 6 bodů – klient s vysokou pravděpodobností **nemá** problém se zneužíváním návykových látek,

6-11 bodů - klient **může, ale nemusí mít** problém se zneužíváním návykových látek,

12 bodů a více – klient s vysokou pravděpodobností **má** problém se zneužíváním návykových látek.

Respondent č. 2

DRUG ABUSE SCREENING TEST (Screeningový test zneužívání drog)

Instrukce pro klienta: Následující otázky se týkají informace o vašem zacházení s drogou. Zneužívání drog se vztahuje na použití (1) léků buď předepsaných nebo ve volném prodeji, použitých pro jiný než svůj účel, a (2) jakékoli jiné nelékařské použití drog. Berte v úvahu minulý rok (12 měsíců) a pozorně si přečtěte každou položku. Potom se rozhodnete, zda je vaše odpověď ANO nebo NE a zaškrtněte odpovídající políčko. Prosím, ujistěte se, že jste odpověděl(a) na každou otázku.

Číslo/položka	ANO	NE
1. Užíval(a) jste někdy drogy pro jiné než lékařské účely?	X	
2. Zneužíval(a) jste léky na předpis?		X
3. Užíval(a) jste více než jednu drogu najednou?	X	
4. Můžete se přes týden obejít bez drog (resp. jiných než předepsaných)?		X
5. Jste vždy schopni přestat s užíváním drog, když to chcete?		X
6. Užíváte drogy průběžně?	X	
7. Jste schopni omezit své užívání za určitých situací?		X
8. Měl(a) jste „výpadky“ nebo „flashbacky“ jako následek užití drogy?	X	
9. Cítil(a) jste se někdy špatně kvůli svému užívání?	X	
10. Stěžoval(a) si někdy váš(vaše) partner(ka) (nebo rodiče), že užíváte drogy?	X	
11. Vědí přátelé nebo příbuzní o vašem užívání, nebo vás z toho podezřívají?	X	
12. Působilo vaše užívání někdy problémy ve vztazích s partnerem (partnerkou)?	X	
13. Vyhledával někdo z vaší rodiny pomoc pro vaše problémy způsobené užíváním drog?		X
14. Ztratil(a) jste někdy přátele v důsledku vašeho užívání drog?	X	
15. Zanedbával(a) jste někdy svou rodinou nebo vynechával(a) jste práci z důvodu užívání drog?	X	
16. Měl(a) jste někdy problémy v práci kvůli vašemu užívání drog?		X
17. Ztratil(a) jste někdy práci v důsledku užívání drog?		X
18. Zapletl(a) jste se někdy do rvačky pod vlivem drog?	X	
19. Byl(a) jste někdy zatčen(a) kvůli neobvyklému chování pod vlivem drog?	X	
20. Byl(a) jste někdy zatčen(a) za řízení pod vlivem drog?	X	

21. Účastnil jste se někdy nelegálních aktivit za účelem získat drogu?	X	
22. Byl(a) jste někdy zatčen za držení nelegálních drog?		X
23. Měl(a) jste někdy abstinenční příznaky jako následek užití tvrdé drogy?	X	
24. Měl(a) jste někdy zdravotní potíže jako následek užívání drog? (ztráta paměti, hepatitida, křeče, krvácení atd.)	X	
25. Žádal(a) jste někoho o pomoc se svými problémy v důsledku užívání drog?	X	
26. Byl(a) jste někdy v nemocnici v souvislosti se zdravotními problémy v důsledku užívání drog?		X
27. Byl(a) jste někdy zapojen(a) do specializovaného léčebného programu v souvislosti s užíváním drog?	X	
28. Byl(a) jste kvůli užívání drog léčen(a) ambulantně?	X	
Počet bodů Celkem 22 bodů	19	3

Bodové hodnocení a interpretace: 1 bod je dán za každou kladnou odpověď (ANO), vyjma položky 4, 5 a 7, u kterých se počítá bod za odpověď NE.

Méně než 6 bodů – klient s vysokou pravděpodobností **nemá** problém se zneužíváním návykových látek,

6-11 bodů - klient **může, ale nemusí mít** problém se zneužíváním návykových látek,

12 bodů a více – klient s vysokou pravděpodobností **má** problém se zneužíváním návykových látek.